TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Francisco Javier Labrador Encinas
(Coordinador)

PSICOLOGÍA PIRÁMIDE

Relación de autores

Arturo Bados
Universidad de Barcelona

Rosa Baños
Universidad de Valencia

Elisardo Becoña
Universidad de Santiago de Compostela

Cristina Botella
Universidad Jaime I de Castellón

José María Buceta
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Ana Bueno
Universidad de A Coruña

Vicente Caballo
Universidad de Granada

José Cáceres
Universidad de Deusto

Antonio Capafons
Universidad de Valencia

Juan Capafons
Universidad de La Laguna

Inés Carrasco
Universidad Complutense de Madrid

María José Carrasco
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Miguel Costa
Universidad Autónoma de Madrid

María Crespo
Universidad Complutense de Madrid

Juan Antonio Cruzado
Universidad Complutense

Paz de Corral
Universidad del País Vasco

Amparo Durán
Universidad Complutense de Madrid

Enrique Echeburúa
Universidad del País Vasco

Isabel Espinar
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Francisco José Estupiñá
Universidad Complutense de Madrid

Milagros Ezquerro
Universidad de A Coruña

Enrique G. Fernández-Abascal
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Azucena García-Palacios
Universidad Jaime I de Castellón

Aurora Gavino
Universidad de Málaga

M.ª Ángeles Gómez
Universidad Pontificia de Salamanca

Elena Ibáñez
Universidad de Valencia

M.ª Jesús Irurtia
Universidad de Valladolid

Francisco Javier Labrador
Universidad Complutense de Madrid

Juan R. Lamas
Universidad de A Coruña

Cristina Larroy
Universidad Complutense de Madrid

Luis Llavona
Universidad Complutense de Madrid

Carlos Lopes-Pires
Universidad de Coimbra, Portugal

Ernesto López
Consultor de Calidad del Ayuntamiento de Madrid

Manuel Muñoz
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Ortiz
Universidad del País Vasco

Soledad Quero
Universidad Jaime I de Castellón

Rosa Raich
Universidad Autónoma de Barcelona

Alfonso Roa Álvaro
Universidad Complutense de Madrid

Nieves Rojo
Universidad Complutense de Madrid

Carmina Saldaña
Universidad de Barcelona

Alfonso Salgado
Universidad Pontificia de Salamanca

M. Ángel Simón
Universidad de A Coruña

Dolores Sosa
Universidad de La Laguna

Miguel Ángel Vallejo
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

José Ramón Yela
Universidad Pontificia de Salamanca

Índice

PARTE SEGUNDA
Evaluación conductual y formulación de casos

PARTE CUARTA
Ayudas a la intervención psicológica

Prólogo

Hace unos pocos años, cuando yo estudiaba psicología, se nos decía que era la *profesión del futuro.* Obviamente esto quería decir que no tenía presente o que su presente era más bien insolvente, negro. Muy pocas personas habían oído hablar de psicología, y menos aún sabían en qué consistía y qué sabía o podía hacer un psicólogo. Han pasado poco más de 30 años, desde luego yo diría que no son muchos, y la psicología ha dejado de ser sólo la *profesión del futuro,* pues afortunadamente es una profesión con un gran presente. También una profesión que cada día mejora su presente. La psicología es ampliamente conocida en nuestra sociedad; muchas son las personas que han tenido contacto con la labor profesional de los psicólogos, y la mayoría de ellas opinan de forma positiva sobre la actuación profesional de los psicólogos. La demanda social de psicólogos ha crecido de forma acelerada y sin duda los profesionales de la psicología han contribuido y contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las personas.

¿Cómo se ha producido este cambio tan rápido? Pueden aducirse muchas razones, pero sin duda la fundamental es que la actuación profesional de los psicólogos ha sabido responder a una demanda importante de la sociedad. Los psicólogos como profesionales han desarrollado estrategias que han servido para afrontar retos sociales importantes. Primero en el ámbito de la salud, en especial en la denominada tradicionalmente «salud mental». Después en toda otra serie de áreas en las que el comportamiento humano era relevante, es decir, prácticamente en todos los ámbitos del quehacer humano. La actuación profesional de los psicólogos ha sido demandada y valorada positivamente en ámbitos tan dispares como el laboral y el de las organizaciones, el jurídico y el forense, el escolar, el deportivo, el del desarrollo personal, el de las instituciones penales o el de la atención a la tercera edad. ¿Por qué? La respuesta no puede ser más simple: saben hacer cosas, tienen habilidades profesionales eficaces para mejorar las condiciones de vida de las personas, grupos u organizaciones en todos esos ámbitos y muchos otros no enumerados.

El desarrollo de la investigación y conocimientos de la psicología ha sido, sin duda, muy importante, pero lo verdaderamente imprescindible ha sido disponer de habilidades o técnicas de intervención psicológica. Las denominadas «técnicas de modificación de conducta» (TMC) han sido el motor más relevante en este desarrollo profesional de la psicología. Su eficacia, reiteradamente evaluada y contrastada, ha sido determinante en este desarrollo y ha colaborado de forma decisiva al reconocimiento de un profesional capaz de aportar soluciones. La apuesta de sus iniciadores, hacia finales de la primera mitad del siglo pasado, por unas técnicas fundamentadas en la investigación y los conocimientos científicos, a la vez que sometidas de forma sistemática a la evaluación empírica de sus resultados, se ha mostrado una vía especialmente válida en este camino de desarrollar y consolidar una profesión.

Estas técnicas denominadas TMC reúnen al menos las siguientes características:

a) Descripción precisa del modo estándar de proceder o protocolo de actuación.
b) Evaluación empírica de su eficacia para lograr modificar los comportamientos humanos.
c) Identificación de los casos, problemas o ámbitos en los que su actuación está indicada y contrastada.

Ciertamente se han utilizado muchas más técnicas en la historia de la psicología, pero no han superado estos tres criterios.

Disponer de un conjunto de habilidades, procedimientos o técnicas de intervención es determinante para el desarrollo profesional. Las TMC han significado esto para la profesión del psicólogo. Desde hace más de 50 años, se han ido desarrollando y perfeccionando este conjunto de técnicas que han posibilitado una labor profesional eficaz y reconocida como tal por la sociedad en general y los usuarios en particular. La psicología como profesión tiene en la actualidad una vigencia y reconocimiento social importantes.

Pero a pesar de la vigencia actual de la psicología como profesión, no puede considerarse que ésta esté definitivamente consolidada. Ninguna profesión, salvo quizá las relacionadas con las creencias religiosas, está definitivamente consolidada; se debe ir consolidando día a día con su quehacer profesional, con su respuesta profesional a las nuevas demandas que van apareciendo en la sociedad. Por esta misma razón, no es posible considerar que las TMC, a pesar de la relevancia que han tenido en este desarrollo, estén consolidadas. Afortunadamente una gran cantidad de estas TMC han constituido y siguen constituyendo el *armentarium* básico de los psicólogos. Es muy positivo para la psicología, como ciencia y como profesión, poder echar la vista atrás y constatar que sus conocimientos y habilidades profesionales se fundamentan en los desarrollados a lo largo de todo el siglo XX. Que se han superado esas épocas en que a cada momento podía aparecer una supuesta «revolución científica» que cambiara la faz de la psicología. Que se avanza de forma progresiva, acumulando conocimientos sobre unas sólidas bases teóricas de referencia, como en cualquier otra ciencia.

Pero este avance, aunque pausado y progresivo, no deja de ser importante y afecta a todas las áreas de la psicología, entre ellas a las más directamente asociadas a la profesión del psicólogo, como es el caso de las técnicas de intervención. Sin duda hay nuevas demandas y hay que responder a estos nuevos retos con nuevas soluciones, o con adaptaciones y modificaciones de las soluciones antiguas para seguir estando en la cresta de la ola. Pero tampoco hay duda de que ya se dispone de un amplio conjunto de procedimientos estructurados y eficaces para modificar el comportamiento humano.

A partir de estas consideraciones se ha desarrollado la presente obra, cuyo objetivo fundamental es recopilar y exponer estas técnicas de tratamiento psicológico. Ciertamente ya se ha llevado a cabo con anterioridad esta tarea, pero ha parecido necesario un abordaje más actual en el que se incluyan, junto a los procedimientos más conocidos y tradicionales, alternativas más recientes aunque con un nivel de solvencia similar. La obra de referencia en español sobre las TMC (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993) ya tenía 14 años y los desarrollos tanto científicos como aplicados en estos años han sido importantes. Se hacía necesaria una nueva obra que abordara con mayor actualidad estas TMC. La realización de esta obra ha puesto en evidencia, como podrá apreciar el lector, la importancia de nuevos desarrollos especialmente interesantes que por sí solos justificarían una obra de estas características. Pero quizá más importante aún es destacar que prácticamente «todas» las TMC consideradas en obras anteriores, incluso algunas con más de medio siglo a sus espaldas, siguen siendo relevantes, siguen utilizándose y siguen produciendo los resultados deseados. Esto no deja de ser una evidencia más de la importancia de un proceder científico riguroso que ha llevado a la formación de un cuerpo de conocimientos estables y, además, orientados a la aplicación práctica.

Con este objetivo fundamental de servir al desarrollo de la psicología como profesión se ha pensado y realizado la presente obra. Este énfasis en los aspectos aplicados no se hace a espaldas, sino por el contrario completamente apoyado en una búsqueda sistemática de la fundamentación científica, tanto en la investigación como en los desarrollos teóricos

consiguientes. La garantía más evidente de la calidad de la obra está en los autores de los diferentes capítulos, sin duda todos ellos prestigiosos investigadores a la vez que distinguidos académicos de las distintas universidades españolas, que se han caracterizado por sus aportaciones en el ámbito de las TMC a lo largo de la relativamente corta historia de estas técnicas en España.

La obra está organizada, tras una introducción teórica, en tres partes.

La primera se centra en el proceso y procedimientos de evaluación considerados desde esta perspectiva de las TMC. Tras un primer capítulo en el que se expone el proceso de evaluación, se incluyen otros cuatro que abordan las características especiales de las técnicas consideradas desde esta perspectiva, y también un capítulo en el que se expone de forma pormenorizada un ejemplo de la forma de actuación profesional, en este caso en el ámbito de la psicología clínica.

La segunda, la parte central y más amplia, se dedica a exponer de forma pormenorizada y orientada a la práctica las principales técnicas de modificación de conducta. Se ha intentado una presentación detallada, en forma de protocolo de actuación, que guíe la forma de actuar de los psicólogos. Se han seleccionado las técnicas más importantes teniendo en cuenta tanto la amplitud de ámbitos de aplicación como su fundamentación empírica y teórica, y también la frecuencia estimada de su aplicación. Se incluye no sólo la forma «ordoxa» o más habitual de aplicación, sino también posibles variaciones e indicaciones sobre ámbitos y posibilidades de utilización. Además, en cada capítulo se incluye un ejemplo de cómo debe llevarse a cabo la utilización de la técnica correspondiente en un caso concreto.

La tercera parte es especialmente novedosa en los manuales de TMC. Bajo el epígrafe *Ayudas a la intervención psicológica,* se incluyen seis capítulos que abordan distintos aspectos que sin duda servirán para mejorar la actuación profesional de los psicólogos. Desde la consideración de las habilidades terapéuticas generales hasta el abordaje de las posibilidades que les ofrecen las nuevas tecnologías, el uso de las metáforas o conocimientos sobre psicofarmacología y ejercicio físico como ayuda a la intervención psicológica. Un último capítulo se dedica a orientar al lector en las fuentes de información y recursos en la red sobre TMC.

La obra está dirigida fundamentalmente a todos los profesionales de la psicología, en especial los que trabajan en psicología aplicada, entre de los cuales sin duda los psicólogos clínicos son los más numerosos, aspecto tenido en cuenta al elaborar esta obra. También, y no menos, a los estudiantes de últimos cursos de psicología, en especial cuando tengan que abordar los temas dedicados a los procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos. Sin duda también puede servir de ayuda a otros profesionales, todos los que tengan que trabajar en contacto con personas, en especial si tienen responsabilidades en tareas de dirección o gestión. El esfuerzo hecho por los autores de los distintos capítulos para facilitar el acceso a los conocimientos de la psicología y utilizarlos en provecho de la mejora de la vida de las personas ha sido grande y a mi parecer con éxito.

Aprovecho este espacio para agradecer a todos los autores, amigos y también compañeros su colaboración y su esfuerzo, que hayan dedicado un tiempo, siempre muy valioso, a transmitir sus conocimientos en esta obra. También a la editorial Pirámide por el esfuerzo editorial que ha supuesto y, en especial, a Inmaculada Jorge el apoyo constante en pro de la realización y mejora de esta obra.

Somosaguas, mayo de 2008.

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

PARTE PRIMERA

Introducción y marco conceptual

Introducción a las técnicas de modificación de conducta

1

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. INTRODUCCIÓN

Hace 50 años aparecía un libro de obligada referencia en los inicios de las técnicas de modificación de conducta (TMC), el libro de Wolpe (*Psychotherapy by reciprocal inhibition,* 1958). En esa obra se exponía una de las técnicas más representativas, la desensibilización sistemática. Pocas técnicas de intervención psicológica se habían descrito en esos momentos, aunque ya se contaba con la mayoría de las hoy denominadas «técnicas operantes». Esto quiere decir que los psicólogos no disponían de procedimientos de intervención precisos o simplemente especificados para llevar a cabo un trabajo profesional. Si alguno trabajaba en el ámbito aplicado, especialmente en el ámbito de la psicología clínica, y quería modificar la forma de actuar o comportarse de algunas personas, debía «inventarse» los procedimientos de intervención o limitarse, como sí se hacía, a «escuchar» lo que la persona le contaba y poco más.

Por otro lado la sociedad desconocía que los psicólogos tuvieran capacidad o recursos y habilidades técnicas para ayudar a mejorar la vida de las personas. Es más, probablemente la mayor parte de la sociedad desconocía la existencia de los psicólogos y más aún para qué valían éstos.

Cincuenta años después, en 2008, los psicólogos no sólo son conocidos por la sociedad, sino que su labor está «reconocida» y valorada positivamente. La mayoría de las personas, al menos en nuestro país, considera que son profesionales que pueden ayudar a mejorar la vida de las personas. Que «hacen cosas», que tiene habilidades profesionales específicas útiles en este cometido.

La profesión de «psicólogo», en la mayoría de los países desarrollados, hace ya algunos años que se ha asentado y consolidado, porque ha demostrado su valía para mejorar la vida de las personas. Esta demostración de su valía se fundamenta en una gran parte en su capacidad para modificar la vida de las personas, en sus procedimientos y estrategias de intervención.

Sin duda una parte determinante y fundamental en este cambio tan sumamente rápido se debe al desarrollo de los conocimientos de la psicología, tanto teóricos como de investigación básica y aplicada. Pero lo que ha resultado determinante, para la psicología como profesión, ha sido el desarrollo de procedimientos para actuar con eficacia sobre la realidad, el disponer de técnicas de intervención. Los procedimientos y técnicas profesionales decisivos para este gran desarrollo han sido sin duda las denominadas tradicionalmente «técnicas de modificación de conducta» (TMC).

La diferencia fundamental es que en el momento actual los psicólogos disponen de procedimientos, de técnicas profesionales con las que pueden intervenir de forma eficaz. En el momento actual, el «arsenal» de técnicas psicológicas a disposición de estos profesionales, con las que pueden ayudar a mejorar la vida de las personas, es realmente amplio, y más aún, muchas de ellas, singularmente las TMC, han demostrado empíricamente su eficacia para producir los

cambios esperados en el comportamiento de las personas. Esto ha posibilitado que las actuaciones profesionales de los psicólogos se hayan multiplicado, tanto por los procedimientos utilizados como por los ámbitos de intervención. Más aún, una parte importante de sus actuaciones han demostrado empíricamente su eficacia para lograr los objetivos deseados.

En esta labor de conseguir que el psicólogo profesional pueda disponer de un conjuntos de procedimientos, claramente especificados y descritos, a la vez que validados, que le sirvan de ayuda en el ejercicio profesional, los diferentes manuales de técnicas de modificación de conducta han desempeñado un papel especial. Sin duda son las obras de referencia al respecto. Todo psicólogo aplicado cuenta con uno o varios manuales de TMC porque, con independencia de sus conocimientos, debe disponer de procedimientos para actuar sobre la realidad y procedimientos precisamente descritos y de eficacia contrastada. Sólo los manuales de TMC cumplen estas condiciones.

En España el desarrollo de la psicología como profesión no ha sido diferente del de otros países desarrollados, aunque se inició con un cierto retardo debido en gran parte a la situación política, social y económica que vivió hasta el fin de la dictadura, reflejada especialmente en el aislamiento cultural y el menor progreso económico.

Hace 24 años aparecía el primer manual de modificación de conducta en español y escrito por autores españoles (Mayor y Labrador, 1984). Eran momentos en los que las técnicas de modificación de conducta comenzaban a asentarse en España, impulsadas especialmente desde las distintas facultades de psicología. Un cuarto de siglo después el auge de estas TMC y su incidencia en la realidad española, aunque justificados, no dejan de ser sorprendentes por la rapidez. En términos de marketing, *la demanda estaba presente y el producto para satisfacerla era óptimo.*

También en España la psicología como profesión, en especial de la mano de las TMC, ha pasado de ser desconocida a ser conocida y reconocida. Junto con la acumulación de conocimientos y procedimientos de actuación profesional, este énfasis en los aspectos prácticos y aplicados ha sido determinante. Fieles a la consideración de que las teorías cambian con el tiempo pero los datos permanecen, se ha insistido en obtener «datos» y centrarse en ellos, con frecuencia, hay que reconocerlo como un error, con un cierto «desprecio» u olvido de marcos teóricos de referencia. Con frecuencia, hay que reconocerlo no necesariamente como un error, improvisando actuaciones para poder responder a las demandas sociales a pesar de disponer sólo de un reducido trasfondo de conocimientos teóricos, eso sí, con una dedicación especial a aspectos metodológicos tan relevantes como evaluar si lo que se estaba haciendo resultaba eficaz.

Esta forma de proceder no ha sido fácil ni homogénea, ha tenido una historia y evolución, con avances y parones, con soluciones interesantes y con desilusiones, pero sin duda ha permitido o ha llevado a la psicología a convertirse en una verdadera profesión, y una profesión valorada además muy positivamente. Puede ser el momento para reflexionar, siquiera brevemente, sobre este desarrollo, sobre sus fallos y aciertos, a fin de no estar obligados a repetir los primeros y aprovecharse de los segundos.

2. EL MODELO DE REFERENCIA DE LAS TMC

En la actualidad las TMC engloban un amplio conjunto de técnicas, objetivos y enfoques teóricos que, no obstante, comparten unas características clave que permiten unificarlas bajo una misma denominación. A continuación se recogen algunas de las más importantes de estas características.

El punto de partida es su consideración de la conducta como el objeto de estudio e intervención. El trabajo se centra en los eventos y conductas, en lugar de supuestos conceptos o constructos subyacentes o consideraciones generales.

Se enfatiza el centrarse en la relación entre la conducta y su entorno. Se considera que las conductas son actuaciones dirigidas a interactuar con el entorno, de forma que la explicación del porqué de una conducta, dado que ésta se lleva a cabo para actuar sobre el entorno, estará en última instancia en éste (qué efectos produce la conducta sobre él).

Considerando que toda conducta se pone en marcha para actuar sobre o «adaptarse» al entorno, este estudio debe hacerse en términos de relaciones entre la conducta y dicho entorno. En concreto la propuesta inicial es el conocido esquema E-R-C. Qué E (estímulos) anteceden a la conducta; qué R (conductas) se emiten; qué C (consecuencias) siguen a la conducta. Este modelo de *caja negra* permite centrarse en describir las relaciones ambiente-conducta y desarrollar procedimientos eficaces para modificar uno y otra. Rápidamente se considera la posibilidad de estudiar, o al menos tener en cuenta, algo de esa *caja negra* que es el organismo que emite las conductas en ese ambiente. Con este objetivo se añade la variable O (E-O-R-C), que hace referencia a posibles variables orgánicas, las características del organismo que emite las conductas. Dentro de esta O, en los momentos iniciales lo que se incluye son aspectos muy restringidos, como variables fisiológicas o hábitos de conducta. No obstante, progresivamente se va ampliando el conjunto de realidades incluidas en O, en especial aspectos cognitivos, primero contenidos y posteriormente procesos. De hecho en algunos casos incluso se ha llegado a primar tanto la importancia de O, que parece haberse olvidado o relegado, de forma inadecuada, la importancia de los aspectos E y C.

Las conductas «normales» o «anormales» sólo se diferencian por el valor adaptativo que tienen, pero no por la forma en que se emiten y controlan. Tanto unas como otras siguen las leyes del comportamiento de los organismos. Por ejemplo, se repiten si son premiadas y se extinguen si no lo son. No hay diferencias en la forma de aprender, emitir o dejar de hacer las conductas. Ciertamente, además de lo especificado en estas leyes, puede haber otros aspectos implicados en la aparición o desaparición de las conductas, como los genéticos y constitucionales, tanto heredados (capacidad orgánica) como adquiridos (forma de procesar la información o «estructuras de pensamiento»), que deberán tenerse en cuenta a la hora de considerar las conductas.

Por eso, todas las conductas, entre ellas los denominados *trastornos de conducta* o *conductas problema,* se describen en términos de relaciones entre las conductas y el entorno (E-O-R-C), adoptándose el denominado «análisis funcional» (estudio de las relaciones entre las conductas y sus determinantes) como base para la explicación de los trastornos y la intervención sobre ellos.

El objeto de la intervención es la modificación o eliminación de comportamientos desadaptados («anormales»), sustituyéndolos por otros adaptados. El propósito de las intervenciones y tratamientos psicológicos es producir un cambio conductual observable y medible, directa o indirectamente, en cualquiera de las modalidades de conducta: motoras, fisiológicas y cognitivas.

Se insiste en una evaluación objetiva y a ser posible cuantificable, de forma que los resultados de las intervenciones, el criterio de la eficacia, serán los cambios producidos en las conductas, que deberán ser evaluados de forma objetiva y cuantificable, en lugar de por medio de opiniones o testimonios personales. Esta importancia dada a la demostración objetiva de la efectividad y de las intervenciones se refleja en la propuesta de identificar *qué tratamiento, para qué clase de cliente, con qué clase de problemas y a qué costo es el más adecuado* (Paul, 1969). Para lograrlo es necesario e imprescindible especificar de forma objetiva, clara, precisa y estructurada los objetivos, las técnicas y procedimientos de intervención y el contexto de aplicación, así como los métodos para evaluar su eficacia.

Hay una estrecha relación entre evaluación y tratamiento. Una evaluación adecuada y específica debe identificar las conductas a modificar y sus determinantes, estableciéndose a partir de estos datos el objetivo del tratamiento. Durante la aplicación del tratamiento deben evaluarse de forma continuada los efectos específicos que éste va produciendo, regulando esta evaluación la intervención. Tras el tratamiento, una evaluación adecuada del cambio producido en las conductas como consecuencia de la aplicación de éste determinará su eficacia real y establecerá las posibilidades de cara a futuras intervenciones. No tiene valor la asignación de conductas a categorías nosológicas para determinar un diagnóstico formal, pues el objetivo del tratamiento no puede ser modificar un *cuadro diagnóstico* estándar al margen de las relaciones conductas-entorno.

Tanto evaluación como tratamiento han de estar adaptados a cada tipo de problema, las características únicas de cada caso y cada persona, así como al contexto concreto en que se aplican, ya sea a nivel individual, grupal o comunitario.

Es imprescindible una evaluación objetiva de la eficacia de los procedimientos tanto de evaluación como de intervención en términos de eficacia (resultados en estudios experimentales), efectividad (resultados en la aplicación en el medio habitual) y eficiencia (relación costo/eficacia y su comparación con intervenciones alternativas). Esta evaluación debe llevarse a cabo no sólo sobre el efecto global de la intervención, sino sobre cada uno de los componentes de ésta, y debe realizarse de forma continua. Los resultados deben ser el referente final de la evaluación de los procedimientos.

En el desarrollo de las TMC es determinante, en especial en los primeros momentos, el transvase de los avances de la investigación del laboratorio y teorías consiguientes al campo aplicado. En ese sentido puede decirse que las TMC nacen en el marco de la investigación en la universidad. En la actualidad se sigue insistiendo en la necesidad de esta interacción entre las TMC y la investigación y los desarrollos teóricos consecuentes. Sin embargo, ahora el marco de referencia no son sólo los desarrollos de la psicología del aprendizaje, sino todos los desarrollos de la psicología, sobre todo los estudios de los procesos psicológicos (percepción, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, procesos de selección, organización de respuesta, etc.), con especial referencia a los desarrollos del procesamiento de la información.

En líneas generales las TMC suponen un enfoque centrado en el aquí y el ahora. Lo importante es establecer qué conductas aparecen ahora y cuáles son sus determinantes en el momento actual. Es posible que acontecimientos pretéritos hayan afectado de forma muy significativa a la persona y hayan facilitado o provocado sus conductas problema, pero si esto ha sido así, los efectos de esos acontecimientos se reflejarán de alguna forma en el momento actual, y esto es lo importante: no lo que pasó, sino cómo se refleja en el momento actual. Lo importante no es si la persona tuvo o no una experiencia X, sino cómo esa experiencia X se ve reflejada en sus conductas y determinantes actuales.

No parece conveniente detenerse más en este punto, de forma que a modo de resumen se recogen en la tabla 1.1 los principales aspectos que caracterizan el acercamiento propuesto por la modificación de conducta.

3. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: RECORRIDO HISTÓRICO

Aunque las TMC tienen una brillante realidad actual, parece conveniente un breve recorrido histórico para poder establecer su evolución y también posibles desarrollos futuros. No es nuestro objetivo hacer un estudio de la historia de las TMC, cosa que puede consultarse en trabajos como los de Kazdin (1978), Labrador (1990) o Buela et al. (1993), sino aportar unas pinceladas que faciliten entender mejor su realidad actual al considerar cuál ha sido su desarrollo y evolución.

3.1. Antecedentes (hasta 1938)

Los intentos de controlar el comportamiento de las personas se pierden en el origen de los tiempos: desde los rituales y dictados religiosos hasta los códigos legales o morales, pasando por intervenciones bélicas o el uso de la fuerza con medidas coercitivas, tanto utilizados por una persona como por grupos de poder que se consideraban a sí mismos con autoridad y/o justificación para intentar cambiar la conducta de otras personas. Muchas de las prácticas desarrolladas a lo largo la historia de la humanidad se mantienen en la actualidad, a veces con modificaciones en sus formatos originales (por ejemplo la meditación o la relajación, el uso de medios coercitivos...). Pero ahora no es el momento de hacer investigación histórica sobre todas estas formas de proceder. Sin duda muchas de las prácticas actuales se derivan, de alguna forma, de prácticas anteriores. El objetivo ahora es exponer qué se está haciendo en la actualidad y cómo se ha llegado a ello, de forma que permita establecer o al menos perfilar cuál

TABLA 1.1

Caracterización del modelo de referencia de las TMC

Modelo de referencia para las TMC
— Los comportamientos humanos están regulados por leyes generales. — Los comportamientos «normales» o «anormales» se adquieren y pueden ser modificados de acuerdo con estas leyes. — El objeto de las TMC son tanto los comportamientos específicos y medibles como sus determinantes. — Se consideran tres tipos de conductas: fisiológicas, cognitivas y motoras. — El proceso diagnóstico se realiza a través de la evaluación continua de los repertorios de conducta (normales y anormales) y sus determinantes. — Interdependencia completa y continua de los procesos de evaluación e intervención. — Los objetivos de la intervención con TMC son instalar o reducir conductas o cambiar una conducta por otra. — La intervención puede dirigirse a modificar las conductas de una persona o a cambiar el medio físico o social de ésta. — Se hace hincapié en los determinantes actuales del comportamiento (incluidos los históricos). — Los tratamientos deben ser evaluados de manera empírica para establecer su eficacia y la de sus componentes. — Todos los avances de la psicología experimental, en especial los estudios sobre procesos básicos, deben utilizarse como fundamentos para explicar, predecir y modificar las conductas... — El psicólogo debe adaptar su intervención a las características individuales del paciente y su medio, diseñando y aplicando un tratamiento específico.

puede ser el camino a recorrer. Ciertamente la consideración se limitará a los desarrollos ligados a la psicología como ciencia. Si algo en otras épocas ha sido importante para el momento actual de la psicología, se verá reflejado en este momento y formalizado de acuerdo con las consideraciones de la psicología como ciencia.

Se han señalado sistemáticamente como antecedentes los desarrollos de investigación y teóricos que permitieron fundamentar las técnicas de aplicación. En especial los desarrollos de las leyes del condicionamiento clásico, por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, señalándose como fecha de referencia el año 1896, en que Thorndike defiende su tesis doctoral y comienzan los trabajos de Pavlov. Poco después aparecerán las formulaciones de Watson sobre lo que debe ser la psicología *(desde el punto de vista de un conductista)*. El objeto de la psicología se centra en la conducta, y la forma en que debe ser abordado su estudio serán las propuestas de Pavlov y Thorndike. La investigación surgida del ámbito académico será la que oriente y defina estos desarrollos.

Alternativamente, y en mayor o menor relación con estos desarrollos teóricos y de investigación, han aparecido una serie de trabajos aplicados (véase la tabla 1.2), verdaderas técnicas de intervención, dirigidas explícitamente a la modificación de los comportamientos. Algunas de estas aplicaciones y/o las técnicas específicas siguen siendo de referencia en el momento actual. Entre otros, destaca el trabajo en el que Watson y Rayner (1920), al inducir experimentalmente una fobia a un niño (el caso del pequeño Albert), demuestran que el miedo se puede adquirir por medio de un proceso de condicionamiento clásico. El de Jones (1924 a, b), que supone un avance mayor al conseguir reducir la fobia a los conejos de un niño (Peter) mediante la técnica de *condicionamiento directo* (presentación gradual del animal junto a la comida del niño para inducir un estado placentero contrario al miedo). El de Mowrer y Mowrer (1938), cuyo método de la alarma («Pipí-stop») para el tratamiento de la enuresis sigue utilizándose en la actualidad. No obstante, estas aplicaciones esporádicas parecen reducirse o cesar alrededor de 1940, fecha a partir de la cual se produce un repliegue a los

TABLA 1.2

Primeros ensayos de modificación de conducta (Mayor y Labrador, 1984)

Año	Autores	Trastorno abordado
1904	Pflandher	Enuresis.
1912	Bechterev	Histeria.
1920	Watson y Rayner	Miedos infantiles.
1923	Bechterev	Desviaciones sexuales.
1924	Jones	Miedos infantiles.
1925	Krasnogorski	Reacciones neuróticas.
1927	Kostyleff	Desviaciones sexuales.
1928	Ivanov-Smolenski	Depresión.
1929	Kantarovich	Alcoholismo.
1929	English	Miedos infantiles.
1929	Myasishchev	Histeria.
1930	Tinel	Histeria.
1930	Morhardt	Alergia.
1931	Marinesco, Sager y Kreindler	Histeria.
1931	Rubenstein	Adicción a la morfina.
1931	Jones	Miedos infantiles.
1932	Dunlap	Tics, tartamudeo, desviaciones sexuales.
1933	Cohen, Hilgard y Wendt	Histeria.
1933	Sears y Cohen	Histeria.
1934	Bregman	Miedos infantiles.
1934	Harris	Ansiedad.
1934	Ichok	Alcoholismo.
1934	Levin	Narcolepsia.
1934	Ronquier y Michel	Anorexia.
1935	Marinesco y Kreindler	Histeria.
1935	Max	Condutas homosexuales.
1935	Meigmant	Desviaciones sexuales.
1936	Holmes M	Miedos infantiles.
1937	Marinesco	Histeria.
1938	Mowrer y Mowrer	Enuresis.
1939	Morgan y Witmer	Enuresis.
1940	Voegtlin, Lemere Y Broz.	Alcoholismo.

laboratorios y al desarrollo de teorías del aprendizaje más consistentes, a fin de poder derivar de éstas técnicas de intervención más eficaces.

3.2. Surgimiento y desarrollos iniciales (1938-1958)

El desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje: Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y en especial Skinner (a pesar de su defensa del ateoricismo), supone la formulación de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales asentar las directrices de la intervención. Estos desarrollos teóricos señalan unas claras directrices para la aplicación de los principios del aprendizaje en la modificación y mejora del comportamiento humano. Especial mención merece la obra de Skinner *Ciencia y conducta humana* (1953). Según ésta, la conducta puede ser explicable, predecible y contro-

lable a partir de las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales, rechazándose las explicaciones basadas en constructos internos inferidos. Se ha desarrollado una tecnología del comportamiento en el laboratorio aplicable a los problemas personales y sociales.

Coincidiendo en el tiempo, consecuencia de los efectos de la Segunda Guerra Mundial, hay una importante demanda de profesionales que sean capaces de intervenir con éxito ayudando a las personas que han quedado afectadas por esta contienda. La respuesta institucional disponible es escasa y no muy eficaz, lo que provoca una gran insatisfacción con los resultados de los tratamientos tradicionales en vigor. Un hito importante es el trabajo de Eysenck (1952), que señala la cruda realidad: la efectividad de las psicoterapias en el tratamiento de las neurosis no era superior a la recuperación espontánea. La actuación profesional de los psicólogos en estos momentos está subordinada a unos profesionales que no tienen una respuesta eficaz a la demanda. Hacen falta procedimientos más eficaces y breves para recuperar a las personas afectadas. La disposición de un cuerpo de conocimientos importantes para explicar las conductas, normales y anormales, así como de una tecnología de la intervención, animan a éstos a ofrecer estas nuevas formas de intervención.

Esta situación, demanda de ayuda profesional, incapacidad de los tratamientos tradicionales para cubrirla y disposición de procedimientos de intervención alternativos, basados en desarrollos teóricos sólidos y con el adecuado apoyo metodológico, provoca la aparición de la modificación o terapia de conducta, de la mano del desarrollo de las técnicas de modificación de conducta.

Las condiciones estaban dadas, y el surgimiento se produce en distintos puntos. Tradicionalmente se han destacado tres, cada uno de ellos con preocupaciones y objetivos diferentes y, en consecuencia, con TMC asimismo diferentes:

a) Estados Unidos y el desarrollo de la tecnología operante alrededor de la figura de Skinner. Se centra en la aplicación de técnicas de condicionamiento operante, bien en el ámbito de la psicología clínica, a personas con graves deterioros de conducta, como pacientes esquizofrénicos, o personas con retardo mental; bien a la modificación de la conducta infantil en distintos ámbitos (clínico, escolar, familiar...).

b) Sudáfrica. Alrededor de Wolpe, Rachman y Lazarus, se desarrollan tratamientos para los trastornos fóbicos y otros problemas de ansiedad. De especial mención es el desarrollo de la desensibilización sistemática (DS) por Wolpe (1958), un ejemplo destacado de la interacción entre la investigación de laboratorio, los desarrollos teóricos y la aplicación práctica. La rigurosa evaluación de su eficacia no deja lugar a dudas. La DS ha sido sin duda la técnica de intervención más emblemática de la TMC.

c) Inglaterra. El informe de Eysenck (1952) sobre la ineficacia de la psicoterapia tradicional y las consideraciones de Sapiro sobre la importancia de la metodología de la investigación en psicología clínica impulsaron la implantación de técnicas derivadas de la psicología experimental del aprendizaje como alternativa. El Hospital Maudsley se convirtió en un centro de investigación de técnicas basadas en el aprendizaje y de aplicaciones prácticas. Trabajos como los de Jones (1956), Meyer (1957) o Yates (1959) son ejemplos de ello. La incorporación posterior al Maudsley de Rachman (procedente de Sudáfrica) permitió un intercambio de experiencias y procedimientos muy importante entre estos dos centros.

En resumen, a principios de los años sesenta del siglo pasado las TMC han comenzado a aplicarse a toda una serie de problemas con resultados muy positivos. Se ha sistematizado la forma en que deben llevarse a cabo (protocolos de aplicación) y se han evaluado de forma metodológicamente adecuada sus resultados. Es evidente que esta forma de actuación dista de estar consolidada, pero sin duda supone una alternativa válida a la demanda social existente; sólo será cuestión de tiempo su expansión.

3.3. Etapa de consolidación (1958-1970)

Esta etapa también puede denominarse *etapa de fundamentación teórica* de acuerdo con Vila y Fernández-Santaella (2004). En los momentos iniciales tras su surgimiento, las TMC deben abrirse paso en el «mercado» de la atención a la «salud mental», copado por otros profesionales y otras formas de acción bastante dispares. Por eso, al comienzo, con este objetivo de hacerse un espacio entre los tratamientos de la salud mental, los psicólogos que están aplicando las TMC hacen «causa común», con independencia de su surgimiento en lugares diferentes, de sus fundamentos teóricos dispares, de sus objetivos y técnicas asimismo distintos. Todos se centran en destacar lo que les une, más que lo que les diferencia. Lo que les une es que desarrollan nuevos tratamientos psicológicos, tratamientos que están fundamentados en los desarrollos de la investigación sobre la psicología del aprendizaje (esencialmente aprendizaje animal). Esta fundamentación teórica de las TMC es compartida por todos, y es lo que identifica de forma más evidente este conjunto de nuevos procedimientos. Por otro lado, al reducirse su fundamentación teórica a la psicología del aprendizaje animal, obviando todo otro tipo de estudios psicológicos (percepción, memoria, razonamiento, lenguaje...), se limitan de forma decisiva los ámbitos de aplicación a aquellos trastornos o conductas a los que puedan extenderse los principios del aprendizaje animal: básicamente trastornos en los que sean de especial relevancia conductas motoras y/o fisiológicas. También se limitan, lógicamente, las posibles explicaciones sobre el porqué o las causas de las conductas.

Pero no se puede obviar que no existe esa supuesta «unidad» de las teorías del aprendizaje en los procesos subyacentes a éste. Los principales autores de referencia (Pavlov, Hull, Tolman o Skinner) dan explicaciones muy dispares sobre qué es lo que se aprende (conexiones E-E, E-R, R-E), o el mecanismo que subyace al aprendizaje (contigüidad, contingencia, confirmación de expectativas...).

No obstante, lo más característico de este período, siguiendo las reflexiones de Vila y Fernández-Santaella (2004), es el intento de unir los desarrollos de laboratorio y teorías subsiguientes con las aplicaciones prácticas. Esta etapa se puede considerar que se extiende hasta la consolidación de las TMC como alternativa terapéutica, algo que se puede estimar que se logra hacia el año 1970. A partir de los años sesenta del siglo XX, las TMC se aplican con gran éxito a un reducido número de problemas, que hasta ese momento se consideraban refractarios al tratamiento.

Las denominadas TMC son ya numerosas y forman un importante conjunto de procedimientos técnicos a disposición de los psicólogos. Procedimientos que, dicho sea de paso, aunque desarrollados en esa época, han seguido y siguen utilizándose con éxito en la actualidad: DS, técnicas operantes, técnicas aversivas, relajación, habilidades sociales, etc. Los ámbitos de aplicación, aunque reducidos, son suficientemente variados: problemas de lenguaje, autismo, retraso mental, delincuencia, problemas en el aula, fobias, tics, disfunciones sexuales, problemas de aserción... Hacia el final de este período comienzan a publicarse los primeros manuales de técnicas de modificación de conducta, en un intento de sistematizar el conjunto de técnicas o procedimientos disponibles hasta ese momento (Kanfer y Phillips, 1970; Yates, 1970; Rimm y Master, 1974).

3.4. Etapa de expansión (1970-1990)

Esta etapa también puede denominarse *etapa de fundamentación metodológica* de acuerdo con Vila y Fernández-Santaella (2004).

¿Si las TMC se han mostrado eficaces en problemas como la superación de trastornos de ansiedad o el control de conductas psicóticas, por qué no abordar otros problemas tradicionalmente considerados dentro de esa área denominada «salud mental», como los trastornos obsesivos o los depresivos? La respuesta es evidente: las limitaciones del paradigma conductista, en especial la restricción a los principios del aprendizaje animal, suponen un freno a la expansión de las aplicaciones de la TMC. Trastornos como la depresión o las obsesiones incluyen muchas conductas que no son fisiológicas o moto-

TABLA 1.3

Características principales del período 1958-1970

1.	Énfasis en eventos y conductas observables; la intervención se dirige a modificar directamente las conductas desadaptativas, no se consideran supuestos «conceptos internos» subyacentes.
2.	Los trastornos se describen en términos de relaciones entre estímulos, conductas y consecuencias (E-R-C). El análisis funcional es la base de la explicación de los trastornos.
3.	Énfasis en la demostración objetiva de la eficacia del tratamiento en cada intervención. Evaluación de la eficacia del tratamiento según cambios conductuales verificables.
4.	Interacción y apoyo constante entre los resultados experimentales, las teorías del aprendizaje y las actuaciones aplicadas.
5.	Limitación en el tipo de trastornos abordados: deben guardar relación próxima con los desarrollo de la psicología del aprendizaje animal.
6.	Modelos explicativos de trastornos y programas de tratamiento simples, se manejan pocas variables y los tratamientos tienen pocos componentes.

ras, sino cognitivas, y que no son accesibles a través de observación objetiva (o al menos externa).

Pero aunque los desarrollos derivados del aprendizaje animal no facilitan el abordaje de estas conductas, la demanda de tratamiento de estos trastornos es muy importante. Las TMC no pueden perder la oportunidad de dar respuesta a este reto, pero la respuesta ya no puede estar basada en los desarrollos teóricos de la psicología. Esto hace que por un lado comiencen a separarse las aplicaciones de la fundamentación en la investigación y teorías derivadas de ésta. Pero en algo tienen que diferenciarse las TMC de tratamientos alternativos tan denostados por éstas; ese algo es el «rigor metodológico» en la evaluación de la eficacia de los tratamientos. Ahora comienza a modificarse la caracterización de las TMC recurriendo, en lugar de a su fundamentación en teóricas psicológicas consistentes (teorías del aprendizaje), al rigor metodológico en la evaluación de su eficacia. Dicho de otra forma, casi cualquier cosa vale como técnica de modificación de conducta con tal de que demuestre de forma empírica, en investigaciones metodológicamente adecuadas, que es eficaz.

A partir de este cambio en la definición de las TMC, desde la fundamentación teórica hasta la metodológica, se produce un nuevo desarrollo de técnicas o tratamientos psicológicos, muchos de ellos con una aparente fundamentación teórica, pero muchos más sin ni siquiera esta aparente fundamentación. Destaca en especial el desarrollo de las denominadas «técnicas cognitivas», que ya han hecho su aparición a finales de los años sesenta. En algunos casos se intenta seguir con la fundamentación teórica señalando que los eventos cognitivos están determinados por las mismas leyes que las conductas manifiestas (técnicas de condicionamiento encubierto), pero en la mayoría de los casos aparece una clara ruptura con esta fundamentación teórica. En la mayoría de las técnicas cognitivas se considera que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta «diferente» que no se explica exclusivamente por procesos de aprendizaje. Incluso en algunos casos se incluyen a modo de «modelos explicativos» de los trastornos y la actuación de las técnicas, pero en la mayoría de ellos las propuestas explicativas son extraordinariamente simplistas (por ejemplo: *los pensamientos determinan las conductas, o los pensamientos provocan emociones que determinan las conductas*).

El aluvión de técnicas desarrolladas en este período es elevado, entre ellas, como ya se ha dicho, las técnicas cognitivas (inoculación de estrés, terapia racional-emotiva, reestructuración cognitiva, solución de problemas, terapia cognitiva de Beck, sensibilización encubierta, detención de pensamiento, etc.). Pero también otra serie de técnicas, como las de autocontrol, las de modelado, las de biofeedback o el entrenamiento en habilidades sociales. Destaca la importancia que se da al entrenamiento en habilidades de autocontrol (fisiológico, cognitivo o motor) para aumentar la generalización de las ga-

nancias terapéuticas, así como dotar a la persona de recursos para hacer frente a las situaciones problemáticas nuevas. Debe quedar claro que el desarrollo de estas nuevas técnicas y esta nueva «fundamentación metodológica» convive sin problemas con la utilización de las técnicas de períodos anteriores, que siguen empleándose de forma habitual. Además, los tratamientos se hacen más complejos, integrando diversas técnicas, al mismo tiempo que se aplican a patrones conductuales más globales y generalizados que en décadas precedentes. Al mismo tiempo, se enfatiza el rol de las relaciones terapeuta-cliente y las habilidades del terapeuta. Por otro lado, se da una importancia mayor a patrones explicativos de consistencias comportamentales, como estilos atribucionales, patrones de autorreforzamiento, autoeficacia o repertorios básicos de conducta.

Pero si importante es la ampliación de las técnicas, mucho más aún lo es la ampliación de campos de aplicación. Primero expansión a todos los posibles trastornos considerados como de *salud mental:* ya no hay limitaciones teóricas para abordar cualquier tipo de conducta o problema. Segundo, expansión a otras área de la *salud.* Finalmente, a todo tipo de conducta humana en toda clase de ambiente. Se desarrolla así la intervención con TMC a todo tipo de áreas, como el deporte, el control de la contaminación, el ámbito laboral o la educación, el ámbito legal y forense o el desarrollo de conductas de mejora personal o de las interacciones sociales, y un largo etcétera, intervención que se lleva a cabo tanto de forma individual como grupal y comunitaria.

En resumen, en este período se reduce o abandona la interrelación entre investigación-teoría y aplicaciones. Se reduce la dependencia de los desarrollos de la psicología del aprendizaje, pero no se sustituye por otras formulaciones teóricas, pues los desarrollos cognitivos en TMC no tienen nada que ver con los desarrollos de las investigaciones en los laboratorios de psicología sobre aspectos cognitivos (memoria, atención, percepción o procesamiento de información). Más bien son generalidades o consideraciones vagas sobre la posible importancia de aspectos cognitivos poco precisados o sus posibles interacciones con aspectos manifiestos. Lo cognitivo de las terapias cognitivas es el contenido; los procesos cognitivos no se consideran, o al menos no tal como se han estudiado en el laboratorio de psicología. Lo importante es que la técnica «demuestre» que funciona aunque no se sepa por qué. El procedimiento, y no el proceso de actuación subyacente, es el objetivo. Eso sí, se lleva a cabo una investigación muy sistemática no sólo sobre la eficacia de una técnica sino de cada uno de sus componentes, las variables que afectan a la eficacia de las intervenciones y sus causas o un análisis de los fracasos y limitaciones, además del de los éxitos. Es decir, un completo programa de investigación sobre la eficacia de los tratamientos.

Ciertamente desde el mundo académico o desde el ámbito de la investigación hay críticas a esta forma de hacer de las TMC, en especial a este «empirismo tecnológico», que necesariamente lleva a un eclecticismo de técnicas que pueden partir de modelos teóricos no sólo diferentes sino contrarios. Pero los avances aplicados son tan espectaculares que durante largo tiempo apenas son tenidos en cuenta. En esta dirección quizá se pueda considerar como punto culminante el desarrollo de las investigaciones sobre tratamientos empíricamente validados, aunque sus desarrollos más relevantes son algo posteriores (Chambless et al., 1996, 1998).

3.5. Etapa de reconceptualización (1990-actualidad)

La denominación de esta etapa está tomada de Vila y Fernandez-Santaella (2004), pues en mi opinión es especialmente apropiada. La expansión de la etapa anterior ha permitido abordar un amplio número de áreas de intervención, impensable apenas 20 años antes, y además el rigor metodológico exigido ha permitido a las TMC conseguir un renombre de seriedad y eficacia. Pero la falta de una referencia teórica ha facilitado una pérdida del rigor inicial, además de limitar la capacidad de explicar los procesos o vías a través de los cuales se producían los efectos de las TMC. Se había pasado de un desarrollo científico a uno tecnológico. De forma que cuando la aplicación de una técnica no daba los resulta-

dos esperados, era difícil identificar las razones o proponer soluciones. Más aún, era difícil progresar a programas de intervención más precisos o adaptados que las propuestas generales para la selección de técnicas.

Por otro lado, a las voces críticas de esta forma de proceder se une el desarrollo progresivo de modelos explicativos de trastornos específicos que comienzan a tener en cuenta tanto posibles componentes psicofisiológicos como procesos subyacentes al desarrollo de los trastornos, procesos en su mayor parte cognitivos. Lo interesante de estas propuestas hace que se insista en la necesidad de una fundamentación teórica adecuada de las técnicas empleadas, así como en el establecimiento de modelos explicativos de los trastornos que guíen la evaluación y la intervención de forma más eficaz.

Esto hace que se repitan e incrementen las voces en defensa de una vuelta a la fundamentación teórica de las técnicas y una más estrecha conexión entre los desarrollos de la investigación y las aplicaciones de la psicología. Se insiste en que los pilares de las TMC tenían que ver tanto con la fundamentación teórica de sus técnicas como con el rigor la evaluación de sus procedimientos, y abandonar uno de estos pilares podría significar su deterioro y un peligro para su supervivencia.

Pero la vuelta que se pide a la fundamentación en la investigación-teoría no puede suponer volver al marco restringido de la psicología del aprendizaje animal, que evidentemente era y es demasiado limitado para explicar la mayoría de los ámbitos abordados. Ciertamente se han producido algunos avances en este marco, y desde el propio punto de vista de los acercamientos conductistas clásicos se ha intentado ampliar el espectro de las realidades abarcadas por el esquema de referencia neoconductista: E-O-R-C. De forma progresiva cada una de las partes de este esquema, E, O, R y C, se ha ido ampliando incluyendo más eventos, fenómenos o variables. Así O puede ser una predisposición genética, o un hábito, un sesgo de procesamiento o un concepto erróneo... Estas modificaciones ampliando el esquema E-O-R-C para algunos suponen una mejora suficiente (todo estaba dicho en el esquema E-O-R-C; no es necesario cambiarlo). Algunas reconceptualizaciones como el modelo interconductual de Kantor (1967), o los desarrollos sobre conducta verbal y conducta gobernada por reglas (Hayes, 1989), han tenido un eco importante.

Pero aun con estas modificaciones el marco resulta restringido. La alternativa real es volver a los desarrollos de investigación de los distintos ámbitos de la psicología, en especial los desarrollos de la psicología cognitiva experimental. Ahora para explicar un trastorno se comienza a tener en cuenta la investigación existente sobre percepción, atención, memorial, pensamiento, toma de decisiones... Así, por ejemplo, la explicación de los problemas de ansiedad se centra en gran parte en los sesgos perceptivos a la hora de seleccionar los estímulos a los que dar relevancia; o para explicar los problemas depresivos se da una importancia especial al sesgo en la recuperación de la información (memoria); en la explicación de los trastornos de estrés postraumático es fundamental la importancia del sistema de procesamiento automático o inconsciente, tanto en el almacenamiento como en la recuperación de la información, y su actuación en desacuerdo con el procesamiento controlado, etc. Lo mismo sucede con la explicación de las técnicas, de forma que el proceso que está subyaciendo a la eficacia de técnicas como la exposición puede tener que ver no sólo con procesos de condicionamiento clásico sino también con un reprocesamiento de la información y su paso de sistemas de procesamiento automáticos a controlados. Así, de forma progresiva, los conocimientos de la psicología, de toda la psicología como ciencia, han comenzado a utilizarse para explicar las conductas, normales y anormales, y también para la fundamentación y desarrollo de las TMC.

Ciertamente esto no conlleva un olvido de la evaluación de la eficacia de los procedimientos. La psicología es una ciencia aplicada y debe dar respuesta a las demandas de actuación. Es más, no tiene sentido estudiar los procesos subyacentes a una técnica sin antes haber demostrado que ésta «funciona». A fin de cuentas las teorías cambian con el tiempo pero los datos permanecen.

Estos intentos de integrar los conocimientos de la psicología, en especial del procesamiento de la

información, en la explicación de trastornos y fundamentación de tratamientos hasta la fecha no han sido muy numerosos, pero cada vez se perciben más como una vía a desarrollar y también cada vez van aplicándose a más ámbitos y técnicas de intervención. Entre éstos también se tienen en cuenta los trabajos de la nueva psicología del aprendizaje, para la que éste no se basa en la adquisición de respuestas concretas sino en el desarrollo de representaciones mentales de las asociaciones entre eventos del ambiente y las conductas, con independencia de si estas asociaciones son E-E, E-R, R-E... Además, no sólo se integran los desarrollos que podrían considerarse más psicológicos, sino que también se intenta integrar los desarrollos de la fisiología y de la neuropsicología, así como de otras disciplinas menos directamente relacionadas con la psicología (por ejemplo: farmacología).

Es posible que este reducido interés por la investigación básica y la fundamentación de sus técnicas que durante bastante tiempo han mostrado los psicólogos aplicados puede deberse, al menos en parte, a que las investigaciones de laboratorio no se han dirigido a estudiar los problemas que más directamente les interesaban a los psicólogos aplicados. Pero los tiempos están cambiando y en la actualidad se está dando bastante más importancia a esta investigación básica en psicología, en parte sin duda por el auge que se está dando al estudio de los problemas y procesos emocionales, tan directamente ligados a la intervención, en especial la intervención en el campo clínico.

Esta etapa también está caracterizada por la mayor importancia que se va dando al contexto ambiental, por la insistencia en la autonomía (autocontrol) personal, por la preocupación por la generalización de los resultados obtenidos en ambientes protegidos a los ambientes habituales, por la preocupación por la prevención, y en especial la prevención de las recaídas, por la insistencia en la colaboración con otros profesionales y en la implicación de paraprofesionales como agentes de cambio.

El momento actual parece pues óptimo para retomar esta fundamentación básica de los procedimientos de intervención en los conocimientos psicológicos posibilitando una intervención más precisa y adecuada a cada caso concreto, volviendo las TMC a su versión más científica en lugar de a su versión más tecnológica.

4. ORIENTACIONES O CORRIENTES EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Aunque se habla de la modificación de conducta como una corriente unitaria, la realidad es que en su desarrollo se pueden identificar varias orientaciones o corrientes fundamentales, cada una de ellas con intereses, técnicas e incluso formas de acción un tanto diferentes y que a lo largo de la evolución de las TMC han facilitado y defendido formas de acción específicas. Ciertamente en la actualidad es difícil establecer el mantenimiento de estas corrientes como movimientos o grupos diferenciados, pero todas ellas han contribuido con sus desarrollos y propuestas al estado actual de las TMC. La consideración de estas corrientes puede ayudar a entender el estado actual de las TMC y explicar la convivencia de modelos y actuaciones a veces muy diferentes. Se exponen a continuación, de forma sucinta, siguiendo las indicaciones de Labrador (1990), las consideradas más importantes.

4.1. Análisis conductual aplicado

Se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a la modificación de las conductas anormales. Se considera que la conducta está determinada por factores ambientales, por lo que para controlarla se debe recurrir a identificar y modificar los factores ambientales que la determinan. Básicamente supone la aceptación del modelo de caja negra skinneriano, por lo que se puede trabajar considerando el esquema E-R-C. Las intervenciones se basan esencialmente en los principios y procedimientos del condicionamiento operante. El enfoque metodológico propuesto es el análisis experimental de la conducta, cuyo objetivo básico es demostrar experimentalmente que el cambio producido en la conducta se debe al tratamiento, lo que ha orientado una marcada preferencia por el uso de diseños de

investigación intrasujeto o N = 1 (Hersen, 1982; Kratochwill, Mott y Dodson, 1984).

El campo de la aplicación, aunque muy amplio, presenta dos subáreas de especial atención:

a) El tratamiento de personas con capacidad cognitiva limitada o deteriorada por retraso mental, adicción a drogas o alcohol y de sujetos institucionalizados con importantes deficiencias comportamentales, o sujetos con historias de contingencias de reforzamiento inadecuadas que han estabilizado conductas inadaptativas (dolor crónico, depresión, problemas de pareja, etc.).
b) La intervención dirigida a ambientes sociales o institucionales: hospitales, cárceles, aulas, ambientes laborales, comportamientos ecológicos, etc.

El rigor metodológico en la evaluación de la eficacia de sus intervenciones, que implica tanto evaluación experimental como clínica, es una de las notas más distintivas. Su principal órgano de expresión es la revista *Journal of Applied Behavior Analysis,* editada desde 1968 por la Society for the Experimental Analysis of Behavior.

Entre las limitaciones de esta orientación están: la reducción en el tipo de conductas que puede abordar al considerar básicamente las conductas manifiestas; la dificultad en mantener el cambio de las conductas, pues implica un cambio definitivo en los factores ambientales que las controlan; por lo mismo, lograr una efectiva transferencia a otras situaciones distintas de la específica del tratamiento, y la necesidad de entrenar a las personas con las que convive el sujeto con problemas para que manejen adecuadamente las contingencias de refuerzo.

4.2. Orientación conductista mediacional

Los seguidores de esta corriente, también denominada enfoque neoconductista mediacional, consideran *variables mediacionales* o *constructos hipotéticos* a la hora de explicar y controlar las conductas anormales. Entre estas variables mediacionales la ansiedad y el miedo son las más importantes o, al menos, las consideradas con más frecuencia. Aspectos cognitivos como imágenes, autoverbalizaciones, etc., aun cuando se utilizan con frecuencia, se consideran como secuencias estímulos-respuesta similares a las manifiestas, sin darles un estatus especial o considerarlas como una categoría diferente de variables cognitivas (Wolpe, 1978). Las aplicaciones y procedimientos terapéuticos se derivan fundamentalmente del condicionamiento clásico (desensibilización sistemática, inundación, exposición, control de la activación, detención del pensamiento...). Las principales aplicaciones se dirigen a conductas o problemas en los que la ansiedad desempeñe un papel considerable, o conductas anormales cuya emisión supone un importante refuerzo de la persona (fobias, obsesiones-compulsiones, disfunciones sexuales, parafilias, adicciones, etc.). Pueden considerarse como órganos principales de expresión las revistas *Behavior Research and Therapy* y *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.*

En cuanto a las principales limitaciones de esa orientación, hay que señalar la falta de objetividad y/o fiabilidad de algunos de los datos manejados provenientes de intentos de operativizar los aspectos mediacionales (por ejemplo, la *unidad subjetiva de ansiedad* al evaluar la intensidad con que una situación produce ansiedad a la persona). La suposición básica, que dista de estar demostrada, de que los procesos mediacionales siguen las mismas leyes del aprendizaje que las conductas manifiestas. El problema de la generalización, al suponer que modificando las supuestas variables mediacionales se generalizará este cambio a las conductas manifiestas, y en el ambiente habitual del sujeto.

4.3. Orientación basada en el aprendizaje social

A diferencia de los anteriores, este acercamiento trata de resaltar el papel activo de la persona en su interacción con el medio. El medio determina la forma de comportarse de las personas, pero no el medio en sí, sino el medio tal como lo percibe, lo filtra y lo procesa la persona. Por otra parte, la conducta

de la persona a su vez modifica el medio. Es decir, se da un determinismo recíproco medio-sujeto. Se consideran, en la explicación de las conductas y su modificación, tanto aspectos del condicionamiento clásico como operante y vicario, así como la importancia de procesos cognitivos mediacionales (generales y específicos). No obstante, se defiende que es necesario ampliar la base teórica de las TMC para dar cuenta de aspectos cognitivos o personales y condiciones del medio social que influyen en la conducta, añadiendo estos conocimientos a los ya aportados por el neoconductismo. La propuesta teórica esencial es su consideración de que la regulación de la conducta depende de tres sistemas:

a) Los estímulos externos, que afectan a la conducta a través del condicionamiento clásico.
b) Las consecuencias de la conducta que ejercen su influencian a través del condicionamiento operante.
c) Los procesos cognitivos mediacionales, que determinan los estímulos a los que se presta atención, la percepción de éstos y la propia influencia que ejercerían sobre la conducta futura.

El modelado es un ejemplo de la influencia de factores cognitivos en el aprendizaje. También es de destacar su énfasis en el constructo de autoeficacia percibida, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar las conductas necesarias para obtener un resultado deseado. En consecuencia, se da mucha importancia a la autorregulación y al autocontrol. Aun cuando se utilizan los procedimientos de las dos orientaciones anteriores, y, por tanto, su ámbito de aplicación abarca los de ambas, se desarrollan otros procedimientos, como las técnicas de autocontrol y modelado, que son especialmente utilizados por los seguidores de esta orientación (Bandura, 1969, 1986; Kanfer, 1978; Kanfer y Hagerman, 1985; Staats y Heady, 1985). Es de destacar la especial importancia que tiene de cara al desarrollo de esta corriente la obra de Bandura (1969) *Principles of Behavior Modification.*

Respecto a las críticas, muchas de ellas se han centrado en los problemas metodológicos que puede conllevar el manejar una hipotética variable mediacional, ahora más genérica (las características o patrones personales), cuyo reflejo en las conductas es difícil de precisar y delimitar; se mantiene, o al menos hasta épocas recientes se mantenía, la suposición básica de la identidad entre leyes que rigen el aprendizaje de conductas manifiestas y encubiertas (Kanfer y Hagerman, 1985). Por lo demás, aunque se considera la sustitución de los valores absolutos de los estímulos y situaciones por los valores relativos tal como los percibe y procesa el propio sujeto, los procedimientos de modificación comportamental utilizados son los ya vistos en el análisis conductual aplicado, además de los nuevos desarrollados por ellos (técnicas de autocontrol, modelado...).

4.4. Orientación cognitiva y/o cognitivo-conductual

Se caracteriza por la importancia dada a los aspectos cognitivos para regular las conductas. El marco de referencia teórico, un tanto vago y difuso, se centra en la consideración de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Por eso para producir un cambio en las conductas son necesarias la identificación y la modificación de los aspectos cognitivos subyacentes. No obstante, este supuesto básico común puede tener variaciones importantes a la hora de señalar qué es lo cognitivo o cómo afecta a la conducta. Así, para unos lo cognitivo son *estructuras, creeencias* o *supuestos básicos,* principales entidades causales de las emociones y la conducta (Ellis, 1962; Beck, 1976). Para otros lo cognitivo son *contenidos del pensamiento (pensamientos concretos), autoinstrucciones, pensamientos automáticos* (Meichenbaum, 1977; Beck, 1976). Para otros son *procesos cognitivos (abstracción selectiva, inferencia arbitraria, pensamiento absolutista...)* (Beck, 1987). Otros no se cuestionan ni opinan al respecto de qué es lo cognitivo, simplemente desarrollan procedimientos para modificar algunos aspectos del funcionamiento de las personas, como la técnica de solución de problemas (D'Zurilla, 1986).

Se pueden distinguir cuatro corrientes básicas dentro de las terapias cognitivas:

1. Psicoterapias racionales: destacan como causa fundamental de los trastornos emocionales, base del resto de los trastornos, la interpretación irracional de la realidad objetiva (Ellis, 1962, 1970; Ellis y Whiteley, 1979; Beck, 1976) o las autoinstrucciones y el autodiálogo (Meichenbaum, 1977, 1986).
2. Técnicas para desarrollar habilidades de afrontamiento y manejo de las situaciones problema: incluyen técnicas cuyo objetivo es entrenar o enseñar qué es lo que se debe hacer cuando aparece la situación problema (Meichenbaum y Jarenko, 1983; Meichenbaun, 1985; Suinn y Richardson, 1971; Novaco, 1977).
3. Técnicas de solución de problemas: comprende un conjunto no siempre homogéneo de técnicas dirigidas a modificar la forma con que el sujeto aborda situaciones para las que no tiene una clara alternativa de acción (D'Zurilla y Goldfried, 1971; Shure y Spivack, 1978; D'Zurilla y Nezu, 1982).
4. Técnicas de condicionamiento encubierto. Hacen referencia a un conjunto de procedimientos basados en el condicionamiento clásico y operante aplicados a las conductas cognitivas, basándose en el supuesto de que se rigen por las mismas leyes que las conductas manifiestas (Cautela, 1967, 1973).

Los tratamientos están diseñados para ayudar al paciente a identificar, a probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los clientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias para hacerles conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema. No obstante, conviene insistir en que aunque los mecanismos y procesos cognitivos pueden subyacer a los cambios conductuales, no son en sí el objeto del tratamiento, sino que el objetivo es modificar la conducta del sujeto (encubierta o manifiesta), y esta conducta es la que determina el tratamiento a llevar a cabo.

Como es lógico, dadas las diferencias en la consideración de lo cognitivo, también existen importantes diferencias en las estrategias de intervención. Por un lado se utilizan todas las técnicas consideradas en las corrientes anteriores. Por otro, se han desarrollado un número elevado de técnicas nuevas denominadas genéricamente «cognitivas», entre ellas *terapia racional emotiva, inoculación del estrés, solución de problemas, sensibilización encubierta, modelado encubierto, intención paradójica, autoinstruciones* y un largo etcétera.

Entre las limitaciones de esta orientación está la necesidad de clarificar con una mayor precisión cómo se relacionan los factores cognitivos con las conductas emocionales y motoras manifiestas, dado que se parte de la suposición de que modificar los primeros produce cambios en las segundas, pero no está claro cuáles son las variables relevantes y su forma de actuación ni la dirección en que se produce la influencia; la necesidad de estructurar y sistematizar de manera más rigurosa sus procedimientos. También se critica la escasa fundamentación teórica, no se tienen en cuenta los desarrollos de la investigación de la psicología cognitiva y en su lugar se proponen explicaciones sobre el funcionamiento cognitivo extraordinariamente simplistas e inadecuadas. El que las técnicas cognitivas funcionen no necesariamente aclara el proceso subyacente a su actuación. También hay críticas reiteradas, en especial para algunas de las técnicas, por la falta de una adecuada evaluación de su eficacia a nivel tanto experimental como clínico.

4.5. Situación actual, integración de orientaciones

Las diferentes orientaciones consideradas dentro de la modificación de conducta tienen un valor importante como ilustración de distintas orientaciones o vertientes desde las que se ha desarrollado la intervención de acuerdo con el modelo explicativo general de referencia. Sin embargo, en la actualidad es difícil mantener que estas distintas orientaciones conformen grupos cerrados, o incluso definibles,

que permitan identificar una labor diferencial en los diversos modificadores de conducta. A excepción quizá de los seguidores del «análisis conductual aplicado», la mayor parte de los psicólogos que utilizan las TMC no son encuadrables en una u otra de estas orientaciones de forma exclusiva, sino que han ido admitiendo o adaptando, eso sí, a ritmos diferentes, los aspectos renovadores y complementarios que cada orientación aportaba a las TMC.

Así se ha llegado a un conjunto de acuerdos implícitos, como el consenso sobre la necesidad de tener en cuenta los aspectos cognitivos. Es evidente la necesidad de abordar estos aspectos, pero también que deben hacerse operativos de una manera que aleje el peligro de la falta de rigor metodológico señalado. Por ello, frente a los trabajos iniciales sobre técnicas cognitivas, cuya fundamentación teórica ya se ha señalado que era muy escasa, por no decir nula (Cautela, 1967, 1973; Mahoney, 1974; Ellis, 1962), incluso con una escasa y quizá no muy adecuada evaluación de su eficacia, en los últimos años se está trabajando por un lado en una rigurosa evaluación empírica de las técnicas (véanse Labrador et al., 2000; Pérez et al., 2003) y por otro en el desarrollo de modelos explicativos bien asentados en la investigación experimental sobre procesos psicológicos básicos (Kanfer y Hagerman, 1985; Brewin, 2001; Lang, Davis y Öhman, 2002; Dalggleish, 2004) y con un fuerte apoyo neurofisiológico (LeDoux, 1996, 2003). De esta forma se insiste en la necesidad de considerar no sólo conductas cognitivas sino también procesos básicos implicados en su génesis, desarrollo y modificación.

Una vez puesta de relieve la falta de fundamentos teóricos en los que se han movido las TMC, en especial a partir de mediados de los años setenta, y pasados ya el éxito y la expansión fulgurante de estas técnicas, el momento actual, como se ha señalado, es un momento de reconceptualización, de trabajo en dar una base teórica más consistente y que permita aprovechar los desarrollos de las distintas áreas de la psicología, sobre todo la del estudio de los procesos psicológicos, con especial atención a los desarrollos del procesamiento de la información. Es posible que este trabajo no dé lugar a una explosión de nuevas técnicas como supuso la aparición de la corriente cognitiva, pero sin duda permitirá precisar con mayor rigor el valor y las posibilidades de cada una de las ya existentes, e incluso perfilar con mucha mayor precisión la intervención del psicólogo al usar las TMC (Brewin, 1989, 1996; Sarafino, 2001). Esta dirección, fundamentar las técnicas e identificar los procesos que subyacen a su actuación, es un reto especialmente atractivo en estos momentos y supondrá un nuevo paso significativo: progresar del saber *qué y cómo hacer* al saber *por qué hacer.*

Por otro lado, tampoco es posible diferenciar a los modificadores de conducta en distintas orientaciones por sus procedimientos de intervención, pues la mayoría suele utilizar todo el amplio arsenal de técnicas disponibles. En esta dirección es de señalar cómo los manuales de TMC (Labrador et al., 1993; Ladouceur, Fontaine y Cottraux, 1994; Matin y Pear, 2008; Dobson, 2002) incluyen prácticamente toda la amplia gama de técnicas, independientemente de si han surgido a partir de una u otra orientación. En parte es posible que este uso de todo tipo de técnicas sea producto de una consideración eminentemente práctica, pues las técnicas van muy por delante de la teoría. Dado que han demostrado ser útiles, aunque aún haya que averiguar por qué, no tiene sentido despreciar algunos procedimientos de este arsenal cara a la intervención por razones o criterios teóricos, que probablemente estén bastante anticuados o al menos no lo suficientemente evolucionados como para poder explicar la razón de su eficacia.

A esta indiferenciación entre orientaciones y escuelas dentro de la modificación de conducta actual también ha contribuido de manera importante la expansión tan grande de áreas de aplicación, en especial a ambientes no clínicos, que ha dejado sin sentido algunas disensiones y disputas anteriores.

5. CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Se exponen a continuación algunas pinceladas en el intento de caracterización del estado actual de la cuestión con respecto a las TMC, estado al que se ha llegado a partir de los desarrollos expuestos, y que

sin duda supone un superación de las dudas, errores y limitaciones, a la vez que indicaciones sobre vías posteriores de evolución.

Importancia de las variables individuales de la persona

La persona no es una caja negra, sino que es un agente activo cuyas características pueden determinar, a veces de manera decisiva, las conductas a emitir. Es importante considerar aspectos como la predisposición individual (biológica o psicológica), consistencias de comportamientos, procesos psicológicos o limitaciones y constricciones personales a la hora de explicar el desarrollo y/o de intentar modificar las conductas. Estas características personales no se reducen a aspectos biológicos o determinados genéticamente; es más, en la mayor parte de los casos se debe a efectos de aprendizaje o a la historia de la interacción del organismo individual, de cada persona con su ambiente. Pero estas características personales (entre las que se incluyen las debidas a pertenecer a una determinada especie animal) hacen que no todas las conductas sean modificables o al menos que lo sean con la misma facilidad. Hay restricciones importantes al cambio de conducta en función de estas variables individuales. Es pues importante estudiar cuáles son las características individuales de cada persona y qué restricciones o consideraciones imponen a la intervención con TMC.

Énfasis en el papel activo del cliente

Frente a una intervención en la que se aplican al «paciente» unas técnicas que «aguanta» de manera más o menos confiada, se insiste en la necesidad de desarrollar su participación activa, llegando a convertirse en su propio modificador de conducta. El objetivo de llegada es que la persona sea capaz de *autocontrolar o autorregular* su comportamiento. La colaboración de la persona en este proceso es muy importante, por lo que resulta crucial lograr su implicación en el proceso de cambio, tanto facilitando la información o formación necesaria para que sepa qué debe aprender (psicoeducación) como desarrollando la motivación para que se implique y trabaje en conseguirlo (procesos motivacionales, por ejemplo: sistemas de contingencias, entrevista motivacional...). De esta forma la persona desarrollará un autonomía personal que le permitirá afrontar y manejar situaciones problema sin necesidad ya de la ayuda del psicólogo.

Mayor relevancia e importancia dada al medio ambiente

En el que la persona lleva a cabo sus conductas, lo que a nivel práctico se traduce, entre otras cosas, en:

a) Un análisis más específico del medio personal, familiar, social y cultural de la persona.
b) La insistencia en integrar los aspectos del medio a la hora de desarrollar los programas de intervención (personas, normas culturales, recursos ambiéntales...).
c) Desarrollo de intervenciones dirigidas tanto a modificar determinadas conductas del cliente como el medio que las mantiene (conductas de la pareja, leyes sobre posibilidades de fumar o jugar...).
d) La importancia dada a la generalización de las habilidades aprendidas en situaciones óptimas (como la clínica) al medio ambiente habitual.
e) La insistencia en llevar a cabo los programas de intervención en el medio y no exclusivamente en la clínica u otros ambientes no naturales.
f) Desarrollo de intervenciones cuyo objetivo es integrar o reinsertar al sujeto en el medio, aun cuando el paciente presente carencias conductuales más o menos importantes (esquizofrénicos, disminuidos, personas tras períodos de reclusión...).
g) Implicación cada vez más importante de personas del medio habitual del cliente como *coterapeutas* para facilitar o provocar el cambio de las conductas problema de éste.

Importancia de una evaluación psicológica más completa, precisa y breve

Una intervención más adecuada debe basarse en una evaluación más precisa y completa que permita señalar los objetivos de intervención y los procedimientos más adecuados para conseguirlo. En ese sentido se han desarrollado tanto un marco de referencia más adecuado como técnicas para llevar a cabo esta evaluación más precisas y eficaces para identificar los distintos aspectos, manifiestos y menos manifiestos, del comportamiento (en especial los aspectos cognitivos). Algunos aspectos especialmente relevantes implican una recogida de datos más completa, un papel más relevante de la formulación y contrastación de hipótesis, el aprovechar logros de otros desarrollos, en especial de la evaluación psicométrica, el apoyo cada vez mayor en modelos psicopatológicos específicos a la hora de realizar la evaluación y formulación de los casos o la convergencia parcial (con el fin de utilizar un lenguaje común) con clasificaciones psicopatológicas de corte psiquiátrico (DSM o CIE). Por otro lado, la evaluación debe ser lo más breve posible a fin de poder proceder más rápidamente a la intervención y ser competitivos con actuaciones profesionales alternativas. Con todo, se observa un cierto retardo en el desarrollo de protocolos de evaluación al menos en comparación con los protocolos de intervención.

Programas de intervención completos

Frente al uso de técnicas estandarizadas para cada problema o tipo de diagnóstico, se insiste en la necesidad de programas de intervención individualizados, diseñados para cada sujeto en función de sus características específicas y que contemplen no sólo las conductas problema, sino también los recursos personales y de su ambiente, así como sus limitaciones. Ha cambiado el punto de vista, por ejemplo, no hay que «tratar a un sujeto alcohólico», sino intervenir con un persona, en un ambiente físico y social con determinados recursos y limitaciones, que presenta conductas de consumo excesivo de alcohol, además de otra serie de conductas alteradas bien como consecuencia, bien como facilitadoras, bien como paliativas del consumo de alcohol. En esta misma dirección se incluye la ampliación de los objetivos de intervención desde labores terapéuticas hacia labores profilácticas y preventivas, bien individuales, bien comunitarias, e incluso intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas.

Importancia dada a la fundamentación teórica de las TMC

Desarrollo de una labor de consolidación de conocimientos como respuesta al incremento en TMC y sofisticación metodológica de los años setenta y ochenta, que produjo una extraordinaria proliferación de técnicas y aplicaciones, pero con lagunas importantes entre éstas y los desarrollos teóricos subyacentes. Varias direcciones pueden señalarse en esta labor de consolidación:

a) El desarrollo de modelos explicativos para problemas específicos.
b) Identificación de los procesos subyacentes a los efectos de las técnicas.
c) Consideración de los desarrollos teóricos y experimentales de las distintas áreas de la psicología en la explicación de los problemas y directrices de las intervenciones.

Obviamente ya no se considera adecuado el abordaje de los problemas y actuaciones en términos reduccionistas, atendiendo sólo a los procesos básicos de aprendizaje, o a las conductas observables, sino que integren los diferentes avances tanto de las distintas áreas de la psicología como de otras áreas de conocimiento.

Insistencia en la evaluación empírica de los procedimientos de intervención

La demostración empírica de la eficacia de las TMC ha sido siempre un objetivo prioritario. Pero actualmente se le da una mayor relevancia si cabe,

dada la multiplicidad de técnicas de intervención psicológicas y la necesidad profesional y ética para los psicólogos de establecer cuáles de sus procedimientos de intervención han demostrado ser eficaces. La demanda social de tratamientos eficaces y el objetivo de mejorar a los pacientes de la forma más efectiva van de la mano en esta tarea. Ya no se trata sólo de demostrar que una escuela psicológica es más eficaz que otra, ni siquiera que un tratamiento o técnica es eficaz para un determinado trastorno, sino también que sus componentes son adecuados y funcionan y que su eficacia es mayor que la de otras técnicas alternativas y en unas mejores condiciones (relación costo/eficacia). Ciertamente los listados establecidos sobre tratamientos empíricamente validados están formados casi exclusivamente por TMC (Chambless et al., 1998; Labrador et al., 2000; Nathan, Gormand y Salskin, 2002; Pérez et al., 2003), pero no son listas cerradas, y debe seguir trabajándose en esta dirección. La utilización de técnicas que no hayan demostrado empíricamente su eficacia, después de un determinado período tras su desarrollo (¿diez años?), no tiene justificación ni desde el punto de vista profesional ni desde el punto de vista ético.

Necesidad de protocolizar las TMC y programas de intervención

Un corolario del apartado anterior es la necesidad de que los tratamientos, las TMC estén protocolizados, es decir, presentados con una descripción precisa de los pasos a seguir en su aplicación, a fin de poder ser evaluados, por un lado, y por otro poder utilizarse, exactamente lo que se ha validado, siguiendo este protocolo. Afortunadamente la mayoría de las TMC se han desarrollado de esta manera. Aquellas cuya precisión en el modo de aplicarse era menor, como algunas técnicas cognitivas, han requerido un esfuerzo importante por protocolizarlas. El presente manual es una muestra de ello. Pero este trabajo de protocolización no se detiene en las TMC, sino que también se dirige a la actuación completa de los psicólogos en cualquier ámbito de aplicación. Hay una gran demanda de protocolos de intervención psicológica ante los distintos problemas que guíen la forma de actuar profesional de los psicólogos y que tengan el refrendo de su eficacia en trabajos de investigación de los psicólogos. Por otra parte, la necesidad de protocolos de intervención deriva de la propia evolución de la psicología clínica, que se ha enfrentado, como fruto de su propio desarrollo, a trastornos de conducta de cada vez mayor complejidad (los trastornos de personalidad, los problemas de la conducta alimentaria o las nuevas adicciones, por ejemplo) y que ha obtenido resultados irregulares. La diferencia de objetivos entre la investigación y la práctica clínica, por un lado, y la falta de mejorías significativas entre muestras experimentales y grupos de control en algunas investigaciones de largo alcance, por otro, han hecho aconsejable, entre otras razones, abordar la cuestión de la eficacia terapéutica y delimitar el ámbito de actuación de las terapias psicológicas, así como precisar sus componentes activos (Labrador et al., 2000). Protocolos que guíen la actuación profesional de los psicólogos, basados en los desarrollos de la investigación y validados empíricamente, son sin duda un paso importante más en este desarrollo de la psicología aplicada. Como ejemplo de estos protocolos pueden señalarse Botella y Ballester (1997), Labrador et al. (2004) y Sevilla y Pastor (2002). Ciertamente el desarrollo de estos protocolos puede parecer contrario al punto anterior de «programas de intervención completos», en los que se hace hincapié en la importancia de tratamientos individualizados, pero no es así: un protocolo eficaz para un problema servirá al profesional de la psicología para seleccionar la forma de proceder y ayudarle a adaptar su intervención en cada caso concreto. No tiene sentido que el psicólogo tenga que «inventar» en cada ocasión su forma de proceder profesional.

Colaboración con otros profesionales

Frente a los primeros momentos en los que el surgimiento de las TMC se hace en «contra» (o al menos como alternativa) de las actuaciones de otros profesionales, el estado actual es muy diferente. La

realidad es compleja, y su forma de abordarla mejora sobremanera si se hace desde diferentes perspectivas, entre ellas las distintas perspectivas profesionales. Otros profesionales también han desarrollado estrategias de intervención eficaces que pueden ser alternativas, complementarias o coadyuvantes de las TMC. Hoy tiene poco sentido actuar como un francotirador pudiendo actuar en equipos de intervención en los que colaboren distintos profesionales. Trabajar con médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, pedagogos, profesores, entrenadores deportivos, gerentes y un largo etcétera sin duda supone incrementar y mejorar las posibilidades de actuación de los psicólogos y la eficacia de las TMC. En esta dirección ya se ha insistido en la importancia de la participación de los *coterapeutas*. Esto requiere necesariamente compartir ciertos supuestos o consideraciones, entre otros la utilización de un lenguaje común, o al menos puntos de coincidencia importantes, y en especial acordar unos criterios mínimos sobre las condiciones metodológicas que deben servir para regular el desarrollo de los procedimientos.

Ampliación de áreas y ámbitos de aplicación

Sigue desarrollándose una expansión importante a otros ámbitos de aplicación, desde la *salud mental* hasta la salud en general, y otros ámbitos no directamente relacionados con la salud, como el educativo, comunitario, industrial, social, deportivo, forense, político... Desde el trabajo para *recuperar* o *restaurar* problemas hasta el desarrollo de nuevas posibilidades o la mejora de la calidad de vida (¿psicología positiva?). Desde intervención individual hasta intervención grupal, con colectivos sociales... Desde labores de tratamiento hasta tareas de prevención, primaria, secundaria y terciaria.

6. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

De todos los desarrollos de la modificación de conducta, sin duda lo más representativo y determinante han sido las propias técnicas, las TMC. El conjunto de éstas es grande, su eficacia está contrastada y constituyen los instrumentos más importantes con los que cuenta el psicólogo para su intervención en los distintos ámbitos. Aunque algunos autores como Henrik (1980) hablan de 250 técnicas —Kazdin (1986) nombra casi 400—, el número de las más utilizadas e importantes es más modesto. A continuación se hace un breve listado de las principales, la mayoría de las cuales serán descritas de forma precisa en la presente obra. Se distribuyen en dos categorías:

TABLA 1.4

Principales características actuales de la modificación de conducta

Características actuales de las TMC
— Importancia de las variables individuales de la persona.
— Énfasis en el papel activo del cliente.
— Mayor relevancia e importancia dada al medio ambiente.
— Importancia de una evaluación psicológica más completa, precisa y breve.
— Programas de intervención completos.
— Importancia dada a la fundamentación teórica de las TMC.
— Insistencia en la evaluación empírica de los procedimientos de intervención.
— Necesidad de protocolizar las TMC y programas de intervención.
— Colaboración con otros profesionales.
— Ampliación de áreas y ámbitos de aplicación.

a) Técnicas de modificación de conducta de uso general: hace referencia a aquellas TMC cuyo uso puede llevarse a cabo en una amplia gama de conductas y situaciones. También, en consecuencia, son las técnicas que más frecuentemente se utilizan dado que su uso no está restringido a una conducta o situación.

b) Técnicas de modificación de conducta de uso específico. Hace referencia a aquellas TMC que se han generado para solucionar un problema específico o una gama reducida

de conductas que aparecen asociadas a un problema o situación específica. Lógicamente son técnicas con menos frecuencia al ser más restringido su ámbito de aplicación.

6.1. Técnicas de modificación de conducta de uso general

Técnicas de control de la activación
— Relajación diferencial o progresiva. — Técnicas de control de la respiración. — Técnicas de biofeedback. — Entrenamiento autógeno. — *Mindfulness*. — Hipnosis. — Terapia de autorregulación. — Otras técnicas: control mental, yoga, meditación trascendental...

Técnicas de exposición
— Desensibilización sistemática. — Inundación. — Exposición. — Autoexposición. — Modelado participativo.

Técnicas basadas en el condicionamiento operante
— Reforzamiento positivo y negativo. — Moldeado. — Encadenado. — Control estimular. — Desvanecimiento estimular. — Extinción operante. — Tiempo fuera de reforzamiento. — Costo de respuesta. — Saciación. — Sobrecorrección. — Refuerzo diferencial de otras conductas. — Programas de economía de fichas. — Contratos conductuales.

Técnicas aversivas (con uso de estímulos aversivos)
— Castigo. — Procedimientos de escape. — Procedimientos de evitación. — Condicionamiento clásico con estímulos aversivos.

Técnicas de condicionamiento encubierto o imaginario
— Sensibilización encubierta o imaginaria. — Refuerzo positivo encubierto. — Extinción encubierta. — Modelado encubierto o imaginario.

Psicoterapias racionales
— Terapia racional emotiva. — Reestructuración cognitiva. — Terapia cognitiva de Beck. — Ciencia personal.

Técnicas de afrontamiento
— Inoculación del estrés. — Entrenamiento en manejo de la ansiedad. — Detención de pensamiento. — Administración de tiempo. — Técnicas de autoinstrucción. — Intención paradójica. — Técnicas de focalización de la atención.

Otras técnicas
— Técnicas de autocontrol. — Técnicas de solución de problemas. — Terapia cognitivo-estructural. — Entrenamiento en habilidades sociales.

6.2. Técnicas de modificación de conducta de uso restringido

Técnicas específicas
— Entrenamiento en cama seca. — Condicionamiento con «pipi-stop». — Práctica masiva. — Fumar rápido. — Técnica de retención del humo. — Focalización sensorial y sexual. — Técnica de parada y arranque. — Técnicas de compresión y compresión basilar. — Recondicionamiento del orgasmo. — Técnicas de autoestimulación. — Técnica de sombreado vocal. — Técnica de lectura rítmica. — Programación de actividades. — Terapia de burla o ridículo. — Técnicas de entrenamiento en aserción. — Técnica de la silla vacía...

7. DE LOS DESARROLLOS TEÓRICOS A LA INTERVENCIÓN: PROCESOS DE CAMBIO SUBYACENTES

7.1. Introducción

Las TMC han tenido y tienen un éxito importante. Han demostrado empíricamente su eficacia para producir o facilitar los cambios deseados en las conductas de las personas. Pero dista de estar claro el proceso o procesos a través de los cuales producen sus efectos. Es más, tampoco se conoce con precisión el mecanismo o proceso por el que se producen sus efectos en cada caso concreto. Muchas de las técnicas se basan en intuiciones o ideas aisladas de un sólido fundamento teórico, por lo que no se puede precisar, más allá de si es efectiva o no, la razón de su eficacia. Pero para el avance de una ciencia es importante saber no sólo que se producen determinados efectos, sino también la forma en que éstos se producen. Conocer el proceso a través del cual se producen los efectos permitirá una mayor precisión a la hora de seleccionar las técnicas a utilizar, el momento más adecuado para hacerlo, así como una mejor adecuación a las necesidades específicas de cambio en cada caso o intervención. Permitirá además identificar si la intervención está realmente produciendo el cambio deseado y, caso de no ser así, qué debería hacerse para conseguir este cambio, cómo corregir la intervención. Conocer sólo el efecto producido lleva más bien a repetir el procedimiento de forma reiterada.

La identificación de los procesos que subyacen a los efectos que se producen mediante la aplicación de una técnica, o a lo largo de una intervención, tiene que estar fundamentada en el conocimiento de los procesos que subyacen al comportamiento humano. Es decir, tiene que estar basada en los desarrollos teórico y de investigación de referencia de la psicología. Una técnica sólo puede actuar modificando, facilitando o bloqueando los procesos que intervienen en el desarrollo del comportamiento. Conocer éstos, y basar la actuación de las técnicas en ellos, es imprescindible para poder explicar por qué las técnicas producen sus efectos. Las TMC no tienen más alternativa, si quieren seguir progresando, que tener en cuenta estos conocimientos de la psicología (en realidad todos los conocimientos de la psicología) y basándose en ellos intentar relacionar los cambios observados a nivel aplicado con los desarrollos de la investigación en procesos psicológicos.

El objetivo de esta parte es tratar de aportar cierta luz sobre por qué las TMC producen sus efectos, en especial en el campo de la psicología clínica, y más en concreto en el área de los trastornos asociados a respuestas emocionales. Esas consideraciones y reflexiones están basadas en gran parte en los desarrollos de las investigaciones sobre procesos básicos, pero son especialmente deudoras de las propuestas de Brewin (en especial de los trabajos de 1989, 1996 y 2001). Con todo, el objetivo no es detenerse en el fundamento de cada afirmación, sino exponer de forma relativamente ágil cómo puede llevarse a cabo esta interrelación entre la investigación de los procesos psicológicos y los efectos de la intervención aplicada, en concreto de las TMC.

7.2. Aspectos cognitivos y emocionales

El punto de partida implica establecer relaciones entre las conductas y sus cambios, con los posibles

procesos subyacentes, sean éstos procesos emocionales (automáticos) o cognitivos (controlados). Hay que señalar que la mayor parte de las explicaciones sobre los efectos de las TMC, al margen de las iniciales derivadas en exclusiva de la investigación en aprendizaje animal, hacen referencia a aspectos cognitivos, en general bastante difusos (comprender la situación, generar expectativas, descartar ideas irracionales...). Sin duda muchos de los comportamientos considerados *patológicos* tienen que ver o parecen facilitados por la presencia de alteraciones cognitivas, bien sea en forma de contenidos de pensamientos (por ejemplo: pensar que todos le persiguen, que no será capaz de soportar la situación, que el futuro es demasiado negro), bien sea en la forma de procesar la información (por ejemplo: sólo se recuerdan aspectos negativos de la vida, se realzan sólo los estímulos amenazantes). Pero, en general, las explicaciones cognitivas aportadas por las TMC son tan vagas o genéricas que pueden ser utilizadas para «justificar» la actuación de la mayoría de las técnicas, pero difícilmente ayudan a precisar por qué en un determinado momento una técnica concreta pone en marcha un proceso y no otro, en una persona con determinados tipos de comportamientos. Por otro lado, los comportamientos de muchas personas, en concreto de muchos *pacientes* (por ejemplo: seguir teniendo miedo a una cucaracha, seguir consumiendo cocaína, jugando o restringiendo la alimentación a pesar de los efectos tan negativos que ya han acarreado, o seguir con rituales compulsivos...), no parecen estar regidos por un pensamiento racional, sino más bien parecen depender de aspectos emocionales, irracionales, que se sobreponen al pensamiento racional. Habrá que tener en cuenta, pues, al intentar explicar cómo actúan las TMC para modificar los comportamientos de las personas, tanto procesos de tipo cognitivo como procesos de tipo emocional.

Quizá el primer punto sería precisar lo que se entiende por cognitivo. El término «cognitivo» en psicología habitualmente se utiliza para describir la representación que un organismo tiene de la información acerca de sí mismo y de su ambiente. También se ha utilizado para señalar cómo la información es percibida, categorizada, almacenada, relacionada e integrada con el conocimiento ya existente, recuperada y utilizada para la puesta en marcha de los comportamientos. Dentro de esta caracterización de cognición se pueden señalar tres tipos diferentes de eventos cognitivos:

a) *Eventos conscientes:* hacen referencia a una experiencia fenomenológica de centrar la atención sobre determinada información. Ciertamente sólo podemos atender a unos pocos de todos los estímulos presentes (habitualmente siete más/menos dos focos de atención); éstos son los que se incluyen en este apartado de eventos conscientes.
b) *Eventos preconscientes:* hacen referencia a los estímulos presentes que son filtrados, en muchos casos de forma automática, y la atención no se dirige a ellos, no los tiene en cuenta, y en consecuencia la persona no tiene la experiencia fenomenológica de consciencia respecto a ellos. Estos estímulos, si la atención cambia su filtrado, pueden pasar a hacerse conscientes.
c) *Eventos inconscientes:* eventos que no son accesibles a la experiencia consciente.

7.3. Dos sistemas de procesamiento

De acuerdo con estos tres tipos de eventos cognitivos se podría señalar la existencia de dos sistemas de procesamiento diferentes, uno para los estímulos conscientes o que pueden hacerse conscientes (preconscientes) y otro para los estímulos que ni son ni pueden hacerse conscientes, al menos con un simple cambio voluntario del foco de atención (filtrado atencional). Probablemente la información que llegue a estos dos sistemas lo haga a través de las mismas vías (receptores, estaciones de relevo a distintos niveles infracorticales...), pues con los conocimientos actuales parece que este sistema de recogida y transmisión de información es único. Pero, en algún momento, esta información pasa a ser procesada de forma consciente y en otros casos no.

Las propuestas iniciales sobre la existencia de dos sistemas de procesamiento en las personas son bastante antiguas (una referencia obligada es Posner

y Snider, 1975) y han recibido un considerable apoyo experimental tanto en áreas básicas como aplicadas, en especial en el ámbito clínico. De forma que, en el momento actual, se puede defender la existencia de dos sistemas cognitivos que vamos a denominar procesamiento inconsciente o automático (PA) y procesamiento consciente o controlado (PC). Ambos sistemas recogen la información del medio, la procesan, la almacenan y la deben recuperar en los momentos adecuados para mejorar la adaptación y supervivencia del organismo a su ambiente. Pero ambos sistemas lógicamente deben actuar de forma también diferente.

7.3.1. *El procesamiento automático o inconsciente (PA)*

Parece procesar todos los estímulos que llegan a la persona, sean del entorno, sean de la propia persona, pero sólo a algunos de ellos se les dará prioridad (filtrado por la atención) y pasarán al PC. La actuación del PA es rápida, relativamente rígida o inflexible, no requiere atención, o ésta es mínima, no es consciente, se activa de forma automática y lleva a cabo un nivel de análisis de la información muy simple, quizá básicamente de tipo emocional (son peligrosos o atractivos los estímulos que llegan), puede sólo informar o puede incluso provocar de manera inmediata una conducta como consecuencia del juicio emocional emitido (peligro o atracción). Una vez que se decide (juicio emocional) poner en marcha una conducta, no puede bloquear la emisión de ésta.

7.3.2. *El procesamiento consciente o controlado (PC)*

Parece procesar sólo algunos de los estímulos que llegan a la persona (a los que se pueda prestar atención), sean del entorno, sean de la propia persona. La actuación del PC es más lenta, es flexible y adaptable a las condiciones de la situación, requiere atención, es voluntaria y requiere esfuerzo consciente. Puede llevar a cabo un nivel de análisis de la información muy complejo y completo, si bien, dadas las limitaciones impuestas por la atención (siete más/menos dos estímulos), puede ser alterado fácilmente si muchos estímulos compiten por la atención. A partir de los estímulos procesados, y comparando éstos con los recuerdos recuperados, se emite un juicio consciente y se organiza la actuación, pudiendo emitirse conductas relativamente inmediatas, e incluso bloquear las conductas que se emiten por el PA. El PC funciona bien si el número de estímulos a los que debe prestar atención son relativamente reducidos, de forma que todos ellos puedan «atenderse» o tenerse en cuenta para establecer juicios y tomar decisiones. Pero en situaciones complejas, que requieran atender a muchos estímulos para llegar a ese juicio racional, dadas las limitaciones impuestas por la atención, no se podrán considerar todos los aspectos o estímulos relevantes, y es muy probable que el resultado (juicio racional y toma de decisiones) se base sólo en algunos de ellos. La selección de los estímulos a los que se atenderá dependerá probablemente de que la persona los considere más o menos relevantes, para lo cual serán determinantes

TABLA 1.5

Procesamiento automático (PA)	**Procesamiento controlado (PC)**
— Todos los EE son procesados. — Rápido, inflexible, difícil de modificar. — Requiere mínima atención (o ninguna). — Activado sin consciencia, de forma automática. — Procesamiento simple y reducido. — Resultado evaluación simple: respuestas emocionales (peligro- atracción...). — Puede provocar una respuesta inmediata.	— Limitada capacidad, sólo algunos EE son procesados. — Flexible y adaptable. — Requiere atención (limita capacidad). — Activado de forma consciente y voluntaria. — Procesamiento complejo y completo. — Resultado. Evaluación compleja: Juicios conscientes. — Puede provocar una respuesta, o regular-bloquear respuestas del PA.

factores como las expectativas, hipótesis o reglas para simplificar la información (sesgos) o manejarla en general que tenga la persona o con los que acuda a esa situación particular. Lo mismo sucederá (importancia de expectativas, hipótesis o reglas) si la información proveniente de los estímulos es escasa, irrelevante o incompleta, para llegar al juicio racional y organización consiguiente de la acción.

Ambos sistemas de procesamiento, aunque pueden compartir algunas estructuras biológicas, es probable que estén asentados en circuitos diferentes. Es probable que el PA esté soportado por un circuito infracortical (receptores-tálamo-amígdala-sistemas de emisión de respuestas). Este circuito parece ser responsable del procesamiento y emisión de las respuestas emocionales y probablemente sea común a múltiples especies y filos inferiores al de los mamíferos. Este circuito, y en consecuencia el PA, parece actuar mejor cuanto más activada esté la persona, de forma que estaría especialmente activo y funcional en situaciones de emergencia o ante amenazas importantes (alta activación). Una vez que se dispara, no puede inhibirse a sí mismo. Es probable que el PC esté soportado por un circuito cortical (receptores, tálamo-córtex [varias áreas]-hipocampo-amígdala-sistemas de emisión de respuestas). Este circuito sería el responsable del procesamiento y emisión de juicios racionales y organización consciente de la acción, y probablemente sea común a todos los animales con cierta telencefalización. Este sistema de procesamiento parece actuar bien con niveles de activación medios, pero puede desorganizarse cuando la activación es alta (por ejemplo: situaciones de emergencia). Este sistema puede inhibirse e inhibir la actuación del PA.

7.4. Actuación de los dos sistemas de procesamiento

7.4.1. *Actuación del sistema de PA*

a) *En situación de adquisición (aprendizaje)*

Recoge y almacena toda la información (del ambiente y de la propia persona) pero de forma no consciente y en consecuencia no accesible a voluntad (no se sabe qué se ha recogido y almacenado). Probablemente esta información es almacenada por el PA en forma de redes de estímulos, en las que cada estímulo o información es un nódulo o punto de la red conectado a todos los demás. Se almacenan tanto estímulos del ambiente como los de la propia persona, y también las respuestas dadas por la persona ante esa situación o ambiente. Trabaja mejor cuanto mayor sea la activación de la persona.

b) *Después del aprendizaje*

Cuando aparece algún estímulo de los almacenados en la red, ésta se activa y se recupera toda la información de la situación y la propia persona. Esta recuperación puede ser muy vívida, incluso completa (por ejemplo: la presencia de flashback o pesadillas en personas con trastorno de estrés postraumático). Pero la persona no puede saber qué estímulo es el que le ha producido la recuperación de la red de estímulos, pues éste no ha sido procesado de forma consciente y no puede, por tanto, ser identificado a voluntad. Pero la información así recuperada puede producir intensas respuestas emocionales, bien porque recupera información desagradable (por ejemplo: la vivencia de un trauma), bien porque la persona no sabe por qué aparece en ese momento y no puede controlar su aparición. En consecuencia, se percibe como una amenaza, por lo que tratará de evitar o escapar de ella, o al menos de las situaciones en que aparece, dado que no sabe cuál es el estímulo responsable de la parición del recuerdo. Por ejemplo, estoy con mi amigo y recupero vívidamente (flashback) el trauma sufrido (atraco violento). No puedo explicarme por qué tengo esos recuerdos cuando estoy con mi amigo (no sé el estímulo que ha disparado el recuerdo), considero la situación de estar con mi amigo amenazante, trato dé evitar en lo sucesivo estar con mi amigo...

7.4.2. *Actuación del sistema de PC*

a) *En situación de adquisición (aprendizaje)*

Recoge y almacena sólo una parte de la información, pero de manera consciente y accesible a vo-

luntad (la persona puede saber qué está almacenado). Probablemente lo almacena en forma de redes en la que cada estímulo o información es un nódulo o punto de la red conectado a todos los demás. Se almacenan tanto estímulos del ambiente como los de la propia persona, y también la respuesta dada por la persona ante esa situación o ambiente. Trabaja mejor con valores de activación media, pero al aumentar la activación de la persona el PC puede llegar a desorganizarse (se vive como experiencias de despersonalización o disociación).

b) Después del aprendizaje

Se puede recuperar la parte de información almacenada por el PC de forma consciente y voluntaria. También puede recuperarse la información en la red del PC, cuando aparece en él alguno de los estímulos, bien del ambiente, bien de la propia persona, almacenados en esa red. Esta información recuperada puede integrarse en el esquema personal de vida. Puedo integrar que tengo miedo a las cucarachas aunque sé que son poco peligrosas. Sé el estímulo que está provocando mi respuesta emocional. Pero si aparece, además de la información del PC, la del PA (muchos estímulos que no son conscientes y no han estado procesados por el PC), esta información, al no ser consciente, no puede integrarse por el PC, por lo que éste puede desorganizarse. Así, en el caso del ejemplo del atraco, el PC me dice que estar con mi amigo es muy seguro, todos los estímulos que puedo procesar conscientemente apuntan en esa dirección. Pero algún estímulo (no sé cuál, no es procesado de forma consciente) procesado por el PA ha hecho disparar la red de recuerdos del PA y me dice que esa situación es peligrosa. No se pueden integrar ambos recuerdos: el PC dice que es una situación segura, el PA dice que es peligrosa. Al haber discrepancia, se dispara el sistema de miedo *(concientemente sé que no hay peligro, pero mi organismo reacciona como si fuera una situación muy peligrosa, no entiendo qué me está pasando, ¿me estaré volviendo loco?...).* Además, algunos pensamientos provocados o facilitados por el aprendizaje consciente *(he sufrido una violación, siempre seré una mujer marcada; dado que murió mi pareja, no volveré a ser querido)* pueden provocar intensas respuestas emocionales secundarias.

7.5. Conductas psicopatológicas atribuibles a cada uno de los dos sistemas

7.5.1. *Conductas psicopatológicas atribuibles al PA*

La recuperación de información del PA puede darse de forma automática o inconsciente, aunque la persona no lo desee o no sepa por qué se produce. Por ejemplo, me atracan en la calle y aprendo —almaceno de forma automática— que hacía mucho calor, junto con otros estímulos (iba con una camisa roja) y las respuestas que doy en esa situación (en especial miedo u horror). Posteriormente, estoy con mi amigo y por casualidad percibo mucho calor (la calefacción está muy alta): este estímulo dispara toda la red y experimento las respuestas de miedo u horror (pero no se por qué se producen estas respuestas, ya que no sé que es la sensación de calor la que ha disparado la red). La recuperación de la información del PA se produce de forma automática y provoca una experiencia de miedo, una activación fisiológica y atención selectiva a los estímulos almacenados en la red, a la vez que facilita el impulso para una acción motora (enfrentamiento, escape o pasividad): en este caso escapo de la situación, de la casa de mi amigo.

Ante estas respuestas automáticas producidas por el PA, puede hacerse algo alternativo a escapar. La persona puede dedicarles atención (dado que se ha disparado toda la red puede dedicar la atención a fijarse, identificar qué estímulos hay almacenados en la red). Si centra su atención en los estímulos de la red almacenada por el PA, puede ir haciendo conscientes a éstos y que sean procesados por el PC (ahora identifico que hacía calor, que había una camisa roja...). Una vez hechos conscientes y procesados por el PC, puede integrar esta información (ahora sé por qué me pongo tan mal, porque la sensación de calor me provoca el recuerdo de la situación de atraco —o la camisa roja...—). No tiene nada que ver con mi amigo ni con volverme loco, simplemen-

te es un estímulo que se ha condicionado y me provoca una respuesta de miedo, como las cucarachas. Sin embargo, esto no es lo más habitual. Lo más habitual es que la persona trate de no dedicarles atención (negarlas, evitar situaciones o escapar de ellas) y así no puede hacerlas conscientes, por lo que no puede procesarlas conscientemente e integrarlas con la información del PC.

Si estos estímulos se hacen conscientes y pueden integrarse con la información del PC, se convertirían en «miedos racionales». Sé que tengo miedo, incluso miedo a un estímulo (por ejemplo: cucarachas o la sensación de calor) que no es potencialmente peligroso, pero sé el estímulo que me lo causa (es el caso de las fobias).

Si no las hace conscientes y no puede integrarlas con el PC, serían «miedos irracionales». Sé que tengo miedo pero no sé a qué, no sé cuál es el estímulo o estímulos que me lo producen. Pero aunque la persona no sepa por qué aparecen las respuestas de miedo, basta con que aparezca alguno de los estímulos almacenados en una red de PA para que se produzcan. No se sabe qué se ha almacenado (no es consciente), y no se sabe qué es relevante para las respuestas de miedo que se dan, se está indefenso, no hay explicaciones «racionales» a lo que está pasando. La situación puede ser muy peligrosa y la persona no sabe por qué ni a qué debe estar vigilante.

En realidad se sabe muy poco de los contenidos almacenados por el PA. No se sabe si son eventos específicos o un resumen de experiencias repetidas. No se sabe ni siquiera cómo se almacenan las experiencias por el PA. No se sabe si se almacenan en forma de estímulos icónicos o también verbales. Se supone simplemente que se almacenan en forma de red tal como se ha considerado anteriormente.

7.5.2. *Conductas psicopatológicas atribuibles al PC*

Hay evidencia reiterada de que el conocimiento consciente, lo que una persona considera a voluntad, a veces, aunque no siempre, determina la conducta. Pero también de que en algunas o muchas ocasiones la persona no puede explicar por qué hace algunas cosas. Probablemente algunas no pueden explicarse porque son conductas provocadas por PA; otras, por ser conductas que dependen de muchos factores, de modo que al ser limitada la atención, no se puede atender a todos y a veces se hacen cosas en «contra» de la supuesta lógica (en un momento se ha atendido a unos factores que posteriormente parecen menos lógicos o importantes). En estos casos en los que no se puede explicar *racionalmente* por qué se ha comportado una persona como lo ha hecho, sólo se pueden hacer inferencias o hipótesis de por qué se comportó así (no atención o atención limitada). Probablemente, algunas o muchas de las revelaciones del cliente (sentimientos, razones, creencias) en la situación de clínica deben considerarse solamente como inferencias o hipótesis, no como conductas o causas reales.

A pesar de estas consideraciones, en general el conocimiento consciente, en especial el establecerse «objetivos» o «planes de acción», son estrategias eficaces, incluso a veces muy eficaces para organizar el comportamiento de las personas (autocontrol).

Una vez que se ha fijado el objetivo o establecido un plan de acción de forma consciente, se seleccionan las «estrategias de acción» (conductas) que se consideran más adecuadas para lograr esos objetivos o llevar a cabo esos planes. Esta selección se lleva a cabo teniendo en cuenta la eficacia que se ha «experimentado» que tenían en experiencias anteriores, o se «ha aprendido» sobre su eficacia de otra manera (instrucciones, información, aprendizaje vicario...). Es decir, a partir de aprendizajes anteriores se establecen expectativas sobre lo eficaz que será cada conducta para lograr los objetivos o posibilitar la realización de los planes, y se seleccionan las estrategias según estas expectativas de eficacia. Estas estrategias, lo mismo que los objetivos y planes de acción, pueden establecerse tanto con respecto a conductas *voluntarias* (esta tarde llamaré a Purita para quedar) como para conductas *emocionales* (voy a tratar de superar mi tristeza yendo al cine con Castito). Por tanto, también pueden utilizarse estrategias conscientes para intentar regular experiencias emocionales negativas no deseadas.

Cuando aparece una emoción no deseada, el PC busca de forma deliberada en la memoria accesible

(sólo la del PC) para ver si puede identificar los factores que han provocado esa respuesta emocional, a fin de poder evaluar su severidad, la probabilidad de que vuelva a aparece en el futuro, para ver qué conductas de afrontamiento pueden utilizarse, para evaluar la eficacia de estas posibles respuestas de afrontamiento y/o establecer expectativas de eficacia, probablemente atendiendo también a los costos/beneficios asociados a cada una de esas estrategias, y en definitiva para poder seleccionar la estrategia más adecuada para manejar la emoción en cuestión. No obstante, es posible que, cuando el PC lleva a cabo su trabajo de procesamiento para afrontar la respuesta emocional, la persona esté afectada por aspectos del PA provocados por la emoción (por ejemplo: sesgando la atención a algunos estímulos, resaltando alguna información, provocando una activación elevada que dificulte la labor del PC...) que pueden influir de forma significativa o incluso alterar el procesamiento del PC.

Las estrategias de intervención seleccionadas por el PC se aplican de forma «flexible», siendo reguladas (incrementadas o desechadas) según el éxito momentáneo para alcanzar los objetivos. Es probable que una vez puesta en marcha una o más estrategias para afrontar la situación (alcanzar el objetivo o llevar a cabo el plan de acción), seleccionadas según las expectativas generadas, también se vaya evaluando de forma inmediata su eficacia para conseguirlo. Por ejemplo, si se han modificado las respuestas fisiológicas, si se ha cambiado la atención y se han hecho conscientes los estímulos que la provocan, si se han reducido o controlado las respuestas emocionales, si se ha mejorado el estado de ánimo, etc. Los resultados y su evaluación se almacenan en la memoria de forma que contribuyan a modificar las expectativas y en ocasiones futuras se puedan recuperar las estrategias más adecuadas y evitar las no eficaces.

7.6. La intervención con técnicas de modificación de conducta

De acuerdo con lo expuesto hasta aquí, se pueden señalar algunas indicaciones con respecto a la intervención con TMC, en especial en el ámbito de la psicología clínica. Según esta propuesta, el tipo de intervención que ha de llevarse a cabo debe ser diferente en función del sistema de procesamiento sobre el que se desee actuar, bien el PA o el PC. De acuerdo con esto, pueden destacarse tres tipos de actuaciones fundamentales en las intervenciones psicológicas:

1. Rectificar errores o lagunas del conocimiento.
2. Modificar problemas asociados al procesamiento automático.
3. Modificar problemas asociados al procesamiento controlado.

7.6.1. *Rectificar errores o lagunas del conocimiento*

En algunos casos el objetivo de la intervención consistirá simplemente en dar más información para que se considere de forma más adecuada lo que está sucediendo.

En unos casos se deberá cambiar la evaluación de determinadas situaciones que, debido a información insuficiente o inadecuada, se consideran amenazantes. Por ejemplo: la persona que considera que le falta aire y se va a asfixiar en una situación de hiperventilación; creer que un hombre «siempre debe responder con una erección máxima» ante la posibilidad de cualquier interacción sexual.

En otros se deberá conseguir un cambio en la evaluación de los recursos disponibles para afrontar la situación (autoestima). Por ejemplo: hacer ver que, en contra de lo que piensa, sí se dispone de habilidades para afrontar una situación; desaconsejar a un jugador patológico al comienzo del tratamiento exponerse a una situación de riesgo elevada...

En otros, contrarrestar la atribución de responsabilidad (autoatribución de culpa) o cambiar la percepción de control. Por ejemplo: explicar a una persona maltratada por su pareja que la responsabilidad del maltrato es de quien lo ejerce; convencer a una persona de que puede hacer algo para controlar sus conductas de comer, que no es algo completamente incontrolable.

En todos estos casos y muchos otros más, simplemente dar información más adecuada y completa, dedicar tiempo a modificar algunos conocimientos erróneos o dar formación sobre algunos aspectos puede ser la estrategia adecuada y suficiente para producir los cambios terapéuticos deseados. Para conseguir esto, puede utilizarse todo un conjunto de técnicas que posibilitan el aportar esta informaciónformación: información, psicoeducación, discusión, biblioterapia, pruebas de realidad, confrontación, modelado, etc.

7.6.2. *Modificar problemas asociados al procesamiento automático*

Si el objetivo es intervenir sobre los problemas derivados de la actuación del PA, el objetivo fundamental será modificar o eliminar los recuerdos de la situación almacenados por el PA. Dos actuaciones diferentes pueden señalarse, según se trate de lo que se ha denominado *miedos irracionales* o *miedos racionales.*

En los casos de los *miedos irracionales,* en los que la persona no sabe cuáles son los estímulos que se almacenaron por el PA (dado que no son conscientes), y dado que por el PC sólo se almacenaron algunos estímulos de la situación, no todos, el objetivo será conseguir identificar y procesar conscientemente (PC) todos los estímulos que ahora son sólo inconscientes (PA). Para ello, lo que se ha de hacer es que la persona se exponga a voluntad y de forma mantenida a los estímulos del PA, para que pueda prestárseles atención y hacerlos conscientes (procesados por el PC). Pero dado que no se sabe cuáles son los estímulos almacenados por el PA, o al menos no todos, lo que se debe hacer es exponer a la persona a los estímulos almacenados por el PC (que sí se conocen y pueden evocarse de forma voluntaria). Dado que estos estímulos también estarán procesados por el PA (pues procesa y almacena todo), al aparecer activarán toda la red de estímulos almacenados por el PC. Una vez activada la red del PA, en lugar de escapar, se mantendrá la exposición para que la persona pueda dirigir la atención de forma voluntaria a los diferentes estímulos que están apareciendo y así irlos haciendo conscientes y, en consecuencia, que pasen a estar procesados por el PC. Al final todos los estímulos automáticos pasarán a ser conscientes y convertirse en «miedos racionales»; la persona ahora sabe qué es lo que le está produciendo las respuestas emocionales. Pero saber qué está produciendo las respuestas emocionales no hace que éstas desaparezcan hay que trabajar para modificar la capacidad de esos estímulos para producir las respuestas emocionales indeseadas. Hay que proceder pues, ahora, a llevar a cabo una intervención para reducir los «miedos racionales».

En el caso de los *miedos racionales,* lo fundamental será crear nuevos recuerdos asociados a esos estímulos, o situación, que sean contarios e incompatibles con los actualmente almacenados. De forma que en el futuro la presencia de esos estímulos, en lugar de provocar las respuestas emocionales indeseadas, provoquen respuestas neutras o respuestas emocionales positivas. Por ejemplo, si se han almacenado en una red del PA asociadas la sensación de calor o la presencia de una camisa roja con atraco violento y experiencias de miedo, se procederá a asociar la sensación de calor o la camisa roja con experiencias neutras o contrarias (situación de seguridad, relajación...).

En líneas generales, pues, habrá que asociar los estímulos almacenados en la red del PA (o estímulos muy similares) con información inconsistente con la de ese recuerdo. Por ejemplo, se puede exponer al paciente a una experiencia similar a la almacenada por el PA pero con resultado diferente (se expone de forma mantenida a una situación de calor con una persona especialmente grata o atractiva con resultados muy positivos, o mientras disfruta de un buen partido de algo que le apasiona, el baloncesto). Cuanto más similares sean los estímulos que se condicionaron por la red de PA y los estímulos o situaciones a los que se expone, más probable es que cambie la codificación de esos estímulos amenazantes del PA. Así la exposición es mejor que sea real que imaginaria, y mejor imaginaria que simple exposición al relato de la situación.

En algunos casos no se pueden recrear ciertas situaciones para exponerse a ellas o la situación no

puede llevar a un final diferente (por ejemplo: una violación). De hecho, interesa que no se pierda el aprendizaje y que algunos estímulos provoquen una respuesta en la persona que le permite evitar una nueva violación. En estos casos el objetivo no será que todos los estímulos dejen de activar la red del PA. El objetivo será prevenir que se active la red de PA ante múltiples estímulos almacenados en ella y que no son relevantes. Por ejemplo: una persona que ha asociado varios estímulos, entre ellos el olor a alcohol, ir por la calle Celestina, una cara muy blanca, una chaqueta gris o llevar faldas a su violación. No es adaptativo que cada vez que aparezca uno de estos estímulos provoque el recuerdo (y las respuestas emocionales) de la violación. Por ello lo adecuado será exponer a esa persona a todos estos estímulos para que cada uno de ellos pierda el valor de producir las respuestas emocionales y recuperar la experiencia de violación. Por supuesto no tiene sentido exponer a una situación de violación. En resumen, aprender a discriminar las situaciones o estímulos realmente peligrosos ante los que es conveniente y adaptativo presentar respuestas emocionales que ayuden a escapar de ellas o hacerles frente de otras que no deben tener este valor, pues su asociación con el peligro es sólo casual o azarosa.

Como puede verse, en ambas formas de proceder, miedos iracionales y racionales, es determinante la utilización de procedimientos de exposición que permitan el reprocesamiento de la información por el PC. Los tipos de exposición pueden ser muy variados: exponer a una experiencia similar a la almacenada en memoria emocional pero con resultado diferente; exponer a estímulos con claves similares a las del recuerdo emocional pero con información inconsistente con la de ese recuerdo. Las formas de exposición pueden ser asimismo diferentes: real, imaginaria, verbal, realidad virtual..., otras. Siempre con la idea de que cuanto más similar sea la situación a la que se expone y la situación original, mejor. Pero también es necesario tener presente, a la hora de llevar a cabo la exposición, cómo proceder a fin de que su utilización permita el objetivo principal: el procesamiento por el PC. Ya se ha señalado la importancia de que los estímulos a los que se exponga la persona sean los más similares posible a aquellos a los que se ha asociado la situación. Pero también que el PC sólo trabaja bien con niveles de activación intermedios, pudiendo desorganizarse con niveles de activación elevados. En ese sentido hay que cuidar que la exposición no provoque respuestas emocionales tan intensas que bloqueen el procesamiento por el PC, haciendo que la persona sufra inútilmente ante la exposición y además que no valga para nada, que no tenga efecto terapéutico. Es necesaria una exposición graduada en función de la intensidad de las respuestas emocionales que provoca en la persona. La graduación puede establecerse atendiendo a varios aspectos (número de estímulos, presentación real o imaginaria...). También se pueden utilizar estrategias para disminuir las respuestas emocionales (técnicas de relajación o control de la respiración, presencia inicial de estímulos de seguridad...). Conforme se progrese en la exposición, los estímulos pueden ser más numerosos e intensos, la presentación más real... Por otro lado, la exposición ha de ser mantenida hasta que la persona deje de dar respuestas emocionales, a fin de asegurar que ese estímulo ya no tiene capacidad para provocar las respuestas emocionales indeseadas.

En resumen, si el problema está provocado por el PA, habrá que trabajar para eliminar o modificar el recuerdo almacenado en la memoria por el PA. Por un lado procediendo a identificar los estímulos (inconscientes) que están desencadenando las respuesta emocionales por estar integrados en la red de PA y procesarlos conscientemente para que pasen también a la memoria del PC. Por otro creando un nuevo recuerdo o una nueva asociación de esos recuerdos con situaciones o desenlaces alternativos. Parece que el procedimiento no es olvidar, sino crear conexiones de signo contrario, alternativas. Para ello el procedimiento siempre será exponer a experiencias más o menos similares a la almacenada en el PA.

Las técnicas más utilizadas para este objetivo obviamente son las técnicas de exposición en sus diferentes formatos: desensibilización sistemática, inundación, exposición, modelado, aproximaciones sucesivas, etc.

7.6.3. *Modificar problemas asociados al procesamiento controlado*

Las posibilidades de acción para modificar los problemas facilitados o provocados por un inadecuado funcionamiento del PC son mucho más variadas.

Se puede actuar modificando el establecimiento de objetivos para hacerlos más adecuados, enseñando la forma de conceptualizar y resolver problemas, desarrollando habilidades (conductas) para manejar determinadas situaciones, cambiando o alterando determinadas ideas y *esquemas* de vida, desarrollando incentivos para facilitar determinadas actuaciones, modificando la atención que se presta a determinadas situaciones o eventos, generando expectativas de mejoras, etc.

La mayoría de las TMC son utilizables para lograr este tercer tipo de cambio:

- Para el establecimiento de objetivos adecuados: solución de problemas, autocontrol, administración de tiempo...
- Para conceptualizar y resolver problemas: solución de problemas, terapia racional emotiva...
- Para el desarrollo de habilidades (conductas): solución de problemas, modelado y moldeado, relax, detención de pensamiento, inoculación estrés...
- Modificación de ideas y esquemas de vida: reorganización cognitiva, solución de problemas, autocontrol.
- Desarrollo de incentivos: control de contingencias, autocontrol.
- Percepción de cambio e incremento de expectativas de mejora: psicoeducación, pruebas de realidad...

7.7. Consideraciones finales

En resumen, la actuación del psicólogo, en especial en el ámbito de la psicología clínica, puede dirigirse a conseguir un cambio a diferentes niveles:

a) Alterar errores sobre nuevas situaciones, por valor inadecuado de aprendizajes anteriores.
b) Modificar el acceso a las memorias emocionales almacenadas por el PA, producidas por un aprendizaje anterior.
c) Aumentar las habilidades de actuación, la discriminación de cuándo usar cada una y la motivación para ponerla en marcha.

Es posible que el éxito de la intervención tenga que ver con el objetivo o nivel de cambio al que se dirigen las técnicas, y la relevancia que tenga ese objetivo para el problema de la persona. Explicar que los aviones son seguros no parece muy adecuado para modificar la actuación del PA; asociar el avión a experiencias positivas mediante exposición parece más adecuado (eso sí, una vez que la persona tiene información sobre lo seguros que son los aviones). Exponer a una situación para la que no hay habilidades no parece lo más adecuado para superar una situación de estrés, parece más correcto dotarle de las habilidades necesarias y después hacerle que afronte la situación. Explicarle a un joven que debe estudiar más no parece suficiente, dotarle de incentivos para que lo haga sin duda será más adecuado.

Sin duda queda un amplio camino por recorrer en el estudio de los procesos que subyacen al cambio producido por las TMC y la intervención psicológica en general, y lo expuesto en este apartado es muy reducido e incluso con lagunas de conocimiento importante, pero quizá para alguna persona pueda servir de orientación, recordando que *echar a andar es lo más difícil del caminar.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Kanfer, F. H. y Hagerman, S. M. (1985). Behavior therapy and the information-processing paradigm. En S. Reiss y R. R. Bootzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy.* Nueva York: Guilford.

En este capítulo se aborda el problema de la introducción de variables cognitivas en la evaluación y técnicas de intervención, se hace un análisis de cómo se han originado los problemas actuales y se propone una alternativa basada en la fundamentación en la psicología del procesamiento de la información. Los autores exponen algunos ejemplos ilustrativos de este enfoque.

Kazdin, A. E. (1978). *History of Behavior Modfication.* Baltimore: University Park Press (traducción DDB, 1983).

Este libro recoge pormenorizadamente la historia de la modificación de conducta hasta los años setenta. Aunque ya ha pasado mucho tiempo y no abarca todo el desarrollo histórico de la modificación de conducta, es un texto de referencia obligada para el estudio del surgimiento y desarrollo hasta su consolidación.

Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces.* Madrid: Dykinson.

Una amplia obra de reflexión sobre los desarrollos de los tratamientos psicológicos al comienzo del siglo XXI. Se abordan varios aspectos de especial relevancia, como la eficacia de las terapias psicológicas, las posibilidades de convergencia entre terapias o la percepción de los pacientes de las terapias psicológicas. Especial interés tiene el último capítulo sobre los desarrollos futuros de los tratamientos psicológicos.

Vila, J. y Fernández Santaella, C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental.* Madrid: Pirámide.

El libro está especialmente recomendado para quien desee ahondar en los aspectos metodológicos y experimentales de las técnicas operantes, así como en los desarrollos recientes de estos procedimientos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Entre los problemas y retos actuales de las técnicas de modificación de conducta está el de que:

a) Hay que centrar la intervención: dar más importancia a los factores que mantienen el problema que a los que lo originaron.
b) Sólo son eficaces para cambiar las conductas aisladas, pero no problemas complejos.
c) Identificar los procesos que subyacen a la eficacia de muchas de sus técnicas.

2. En las denominadas en este capítulo «fobias irracionales»:

a) Hay una disparidad entre la información que llega del PA y del PC.
b) La persona identifica los estímulos que le producen la respuesta de ansiedad.
c) Es especialmente útil la terapia racional emotiva.

3. Entre las características de la etapa de expansión de las TMC está:

a) El trabajo en la consolidación de las TMC en desarrollos de investigación.
b) La aparición de técnicas basadas en la psicología del aprendizaje animal.
c) El cambio en la caracterización de las TMC de aspectos teóricos o aspectos metodológicos.

4. Una característica fundamental de las TMC es:

a) Centrar su actuación en conductas específicas y sus determinantes actuales.
b) Insistir en las diferencias cualitativas entre conductas normales y anormales.
c) Exigir, para validar una técnica, que se conozcan los procesos que subyacen a su actuación.

5. A diferencia del PA, el PC:

a) Recoge y almacena todos los estímulos de la situación.
b) Puede desorganizarse si es muy elevada la activación de la persona.

c) Es mucho más rápido que el PA, pero relativamente inflexible.

6. Entre las aportaciones importantes de la orientación en TMC basada en el aprendizaje social, está:

a) El desarrollo de las técnicas cognitivas.
b) El desarrollo de las técnicas de exposición.
c) El desarrollo de las técnicas de autocontrol.

7. Cuál de los siguientes aspectos caracterizan más a las TMC hoy:

a) Consideran imprescindible una evaluación empírica de su eficacia.
b) Rechazan los constructos internos para explicar la conducta.
c) Se derivan de los principios de la psicología cognitiva experimental.

8. A la hora de aplicar las TMC, hay que tener en cuenta que:

a) No se puede modificar una conducta problema si no se sabe qué eventos han provocado su aparición.
b) Debe tenerse en cuenta tanto las conductas problema como sus determinantes.
c) No se pueden aplicar las TMC si el paciente no colabora.

9. Si el problema de la persona consiste en considerar que no es capaz de hacer frente a las demandas de la situación, aunque disponga de habilidades, el objetivo de la intervención debe ser:

a) Modificar su información al respecto.
b) Modificar el acceso o las memorias del PA.
c) Modificar los aspectos motivacionales al respecto.

10. Entre las características principales de la etapa de consolidación de las TMC está:

a) Restar importancia a la fundamentación teórica de las TMC: basta con que demuestren ser eficaces.
b) La importancia de establecer un diagnóstico formal de acuerdo con el DSM.
c) La limitación en el tipo de trastornos abordados, pues deben guardar una relación próxima con los desarrollos de la psicología del aprendizaje.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	a	c	a	b	c	a	b	c	c

PARTE SEGUNDA

Evaluación conductual y formulación de casos

Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación

2

MANUEL MUÑOZ

1. INTRODUCCIÓN AL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL (EPC)

En el presente capítulo se trata de ofrecer una panorámica sencilla pero rigurosa que ayude a entender mejor el proceso de evaluación psicológica clínica (EPC) y avanzar en su aplicación cotidiana en la clínica psicológica y de salud mental desde una perspectiva cognitivo-conductual. Para ello, se realiza en primer lugar un breve acercamiento al proceso de evaluación psicológica clínica, para posteriormente repasar las principales tareas propias de la EPC: análisis descriptivo, diagnóstico, evaluación para el tratamiento —incluyendo la planificación del mismo— y evaluación del cambio producido, durante y tras el tratamiento. A lo largo de todo el capítulo se sigue de cerca el modelo expuesto por el autor en otros lugares (Muñoz, 2002; Muñoz, 2003). La caracterización y aplicación de las principales estrategias de evaluación psicológica comúnmente empleadas en las intervenciones clínicas desde una perspectiva cognitivo-conductual se abordan en los capítulos siguientes de este manual. Igualmente, más adelante en este volumen se ofrece algún ejemplo de formulación de casos clínicos.

1.1. Breve introducción a la evaluación psicológica clínica

La EPC tiene un desarrollo histórico paralelo al de la psicología y resulta de todo punto imposible intentar resumirlo en unas líneas (para revisiones completas, véanse Fernández Ballesteros, 2003; Hersen, 2004; Grahan y Naglieri, 2003). A continuación se resaltan algunas influencias básicas que pueden resultar claves a la hora de entender el estado actual de la evaluación cognitivo-conductual, a saber:

— El desarrollo de las clasificaciones diagnósticas ocurrido en los últimos 25 años. Una parte de las actividades de la EPC se centra en la observación de los problemas y trastornos de los clientes que en la mayoría de las ocasiones desemboca en un diagnóstico. A partir de los años ochenta del pasado siglo XX los esfuerzos del enfoque neokraepeliano han cristalizado en las sucesivas versiones del DSM. Especialmente las dos últimas: DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) y la aparición de los manuales de la Organización Mundial de la Salud, CIE-9 y, especialmente, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), han influido de forma muy notoria en la EPC favoreciendo la aparición de un lenguaje común y una investigación e instrumentación compartida entre las distintas disciplinas y enfoques implicados en la salud mental.
— El desarrollo de la psicología cognitivo-conductual. La evaluación siempre ha estado presente en las intervenciones conductuales centradas en los análisis de las contingencias que pudieran mantener el problema. El término

«análisis funcional de la conducta» fue utilizado por Skinner (1953) para referirse a los análisis de contingencias que podían explicar el comportamiento de los animales y del ser humano. Las primeras matizaciones del enfoque conductual en su camino hacia el cognitivo-conductual incluyen los primeros modelos de evaluación conductual (Kanfer y Saslow, 1969). El énfasis ambiental y contextual inicial ha ido acompañándose progresivamente de los factores psicológicos, biológicos y, más recientemente, biográficos. La inclusión de las variables cognitivas como mediadoras y esencia de toda la experiencia humana ha supuesto la transformación del enfoque conductual en cognitivo-conductual.

Las principales aportaciones de este enfoque se centran en el énfasis en la descripción de los comportamientos y síntomas que ya no son signo de nada oculto, sino que se configuran como el problema en sí mismo. El análisis descriptivo y las clasificaciones diagnósticas utilizan este enfoque en sus planteamientos básicos. En segundo lugar, hay que destacar la importancia otorgada a las variables ambientales y a la interacción ambiente-persona. El peso de la psicología social se hace más importante al incluir en la evaluación los aspectos psicosociales, culturales y de grupo como determinantes del comportamiento. En tercer lugar, la evaluación conductual ha sentado las bases de la evaluación vista como un proceso que incluye distintas fases y tareas. En cuarto lugar, los enfoques cognitivo-conductuales han remarcado la necesidad del contraste empírico de los tratamientos, y, aunque la evaluación no ha avanzado tanto en esta dirección, la influencia empírica se ha dejado notar en la EPC. Finalmente, el enfoque cognitivo-conductual se ha configurado como el eje organizador de toda la confluencia metodológica de la EPC como era de esperar de la aplicación del método científico (Antony y Barlow, 2002; Fernández Ballesteros, 1980, 1996; Haynes y O'Brien, 2000).

— El desarrollo de la teoría psicométrica y de la medida en psicología (Silva, 1989). Las matrices multirrasgo-multimétodo (Campbell y Fiske, 1959) y la teoría de la generalizabilidad (Cronbach et al., 1972) han sentado las bases de un enfoque metodológico en EPC.
— El desarrollo de los enfoques de formulación clínica del caso, como se verá más adelante, ha supuesto un salto cualitativo en la integración de la información a lo largo del proceso de evaluación (Eells, 1997, 2007; Imgram, 2006).

En definitiva, la EPC, en su intento por clasificar, predecir y explicar los problemas psicológicos, integra un alto número de estrategias y conceptos desarrollados por la psicología durante los últimos años conformando un proceso que prima la metodología científica y los modelos biopsicosociales de la salud.

1.2. Fundamentos básicos del proceso de evaluación psicológica clínica (EPC)

En la actualidad resulta necesario referirse a la evaluación psicológica clínica (EPC) como un proceso (Silva, 1989; Fernández Ballesteros, 2004; Muñoz, 1993; Weiner, 2003) que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento (Muñoz, 2003). En este sentido, son de destacar los esfuerzos de sistematización del grupo de trabajo para la elaboración de unas directrices para el proceso de evaluación psicológica (*Guidelines Assessment Process,* GAP) que en el año 2001 publican un esquema y unas directrices para llevar a efecto el proceso de evaluación psicológica de forma completa y adecuada. Se señalan cuatro fases o momentos en el proceso de evaluación psicológica: análisis del caso, organización e información de los resultados, planificación de la intervención y valoración y seguimiento (Fernández Ballesteros et al., 2001, 2003). En el presente capítulo se siguen muy de cerca algunas de las directrices dictadas por el

Grupo GAP pero, siempre, adaptándolas a las necesidades más clínicas del contexto de la salud mental y los problemas psicológicos. De hecho, como ya se ha avanzado en otro lugar (Muñoz, 1993, 2003), la puesta en marcha del proceso de EPC implica la utilización de distintas técnicas, estrategias y habilidades que se revisan en los siguientes apartados.

1.2.1. *Punto de partida metodológico*

Resaltando la orientación metodológica, el esquema básico de funcionamiento que debe guiar toda aplicación del proceso de EPC es el método científico, en esencia: la generación y contraste de hipótesis. Quizá la mejor exposición de este principio orientador de la práctica sea el esquema clásico propuesto por Carey, Flasher, Maisto y Turkat (1984) y que se recoge en la figura 2.1.

Como se ha mencionado anteriormente, las aportaciones de este grupo de autores deben entenderse en el marco del trabajo dirigido por Meyer en el University College of London desde mediados de los años cincuenta hasta la actualidad. En este esquema, se presenta el proceso de EPC en cuatro fases que hacen referencia directa y explícita al método científico básico. En primer lugar, es necesaria una recogida de información preliminar que permita conocer (describir) el problema del paciente. En segundo lugar, se incluye una fase de desarrollo de hipótesis explicativas del problema. En tercer lugar, se someten a contraste las hipótesis planteadas en la fase anterior. Es especialmente importante señalar que este proceso de recogida de información, generación y contraste de hipótesis no se agota en un solo ciclo. Por el contrario, los autores conciben el acercamiento como un bucle continuo que se inicia en los primeros momentos de la primera entrevista con el paciente y que se prolonga hasta disponer de una hipótesis general explicativa, a la que van a denominar «formulación clínica del caso».

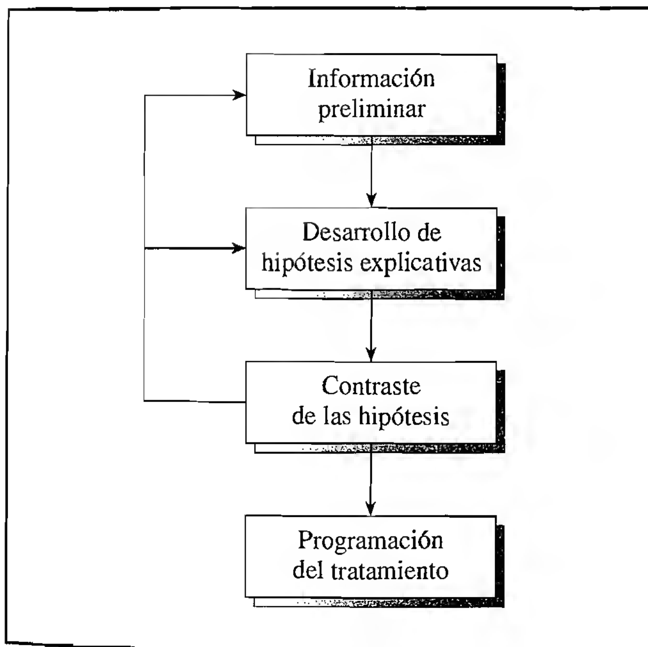


Figura 2.1.—Proceso de evaluación psicológica a priori o pretratamiento (Carey, Flasher, Maisto y Turkat, 1984).

Esta propuesta supone una aportación metodológica de máxima importancia: incluir el contraste de hipótesis en el proceso de EPC para mejorar la validez de la hipótesis, de constructo, criterio de calidad fundamental de todo proceso de evaluación (Silva, 1989).

1.2.2. *Tipo de información necesaria*

En un proceso de EPC se precisa un tipo de información muy determinada. El tipo de información que interesa en cada caso depende de distintos aspectos, como pueden ser la situación de evaluación, los objetivos de ésta, el sujeto de evaluación (individuos, grupos, etc.), el problema que se evalúa y un largo etcétera que deberá detallarse en cada caso. Sin embargo, se pueden señalar unas características constantes que deberá cumplir toda la información que se utilice; la información debe ser:

— **Descriptiva:** la información útil en la evaluación conductual debe describir contextos, situaciones, estímulos, comportamientos (motores, fisiológicos y cognitivos), variables de la persona, del desarrollo y los cambios que pueden ocurrir en todas ellas con el mínimo nivel de inferencia posible (Fernández Ballesteros, 1996).

— **Relevante:** solamente debe recogerse aquella información que aporta datos útiles al planteamiento del problema. Las evaluaciones que recogen todo tipo de información de las personas sin justificación clara respecto a su utilidad deben terminar en aras de un mayor respeto a la intimidad y derechos de las personas. Baste un ejemplo: si una persona llega a la consulta y plantea un problema de miedo a montar en ascensor, ¿hasta qué punto está justificado un interrogatorio sobre su orientación sexual o sus creencias religiosas que, por otra parte, están protegidas por nuestra Constitución?

1.2.3. *Las pruebas de evaluación psicológica en el proceso de EPC*

A pesar de que en los capítulos posteriores se abordan las principales técnicas de evaluación de forma específica, para completar esta visión general acerca del proceso de EPC resulta imprescindible hacer al menos un comentario sobre el papel que desempeñan las técnicas de evaluación psicológica en él. A lo largo del proceso de EPC son susceptibles de ser empleadas diferentes técnicas y estrategias de evaluación para conseguir los distintos objetivos de cada momento: búsqueda de información descriptiva, búsqueda de información funcional, contraste de hipótesis, evaluación del cambio, etc. (Caballo, 2005, 2006; Fernández Ballesteros, 2004; Gutiérrez, Raich, Sánches y Deus, 2003; Hersen y Bellack, 2002; Muñoz et al., 2002; Rush, First y Blacker, 2008). Integrando la visión de distintos autores al respecto, en la tabla 2.1 se resumen algunas de las principales técnicas de evaluación psicológica susceptibles de ser utilizadas en los procesos de EPC.

Sin embargo, la estrategia básica que sirve para dirigir y organizar todo el proceso sigue siendo, en la inmensa mayoría de las ocasiones, la entrevista. Durante los últimos 25 años, especialmente desde la aparición del DSM-III, el desarrollo de formatos y pautas de entrevista clínica se ha visto incrementado, disponiéndose en la actualidad de pautas de entrevistas generales y específicas para los principales trastornos con suficientes garantías de calidad que han potenciado de forma muy importante esta estrategia.

Meyer ha dirigido un trabajo de revisión de la evidencia acumulada acerca de la utilidad de las pruebas psicológicas más importantes (Meyer, Finn, Eyde et al., 2001). En dicho estudio se analizan 125 metaanálisis y 800 muestras que examinan la utilidad de las pruebas psicológicas, especialmente las empleadas en estudios multimétodo. Las conclusiones indican que la validez de las pruebas psicológicas es muy sólida y comparable a la de las pruebas médicas, los distintos métodos de evaluación facilitan informaciones distintas y únicas, haciendo imprescindible la utilización de varias medidas complementarias en cada evaluación. Los evaluadores que solamente emplean la entrevista pierden informaciones muy valiosas que entorpecen la comprensión de los problemas de sus clientes de forma muy importante (Meyer et al., 2001). Este hecho se ha llegado a convertir en un principio de la EPC: nunca evaluar un acontecimiento con un solo método de evaluación, utilizar siempre varios procedimientos distintos para obtener distintas visiones del mismo acontecimiento.

La utilización de una u otra técnica en cada proceso individual de EPC viene a depender de distintos criterios (Muñoz, 2003). Agrupando estos criterios, pueden realizarse tres grupos: criterios de utilidad, criterios de calidad y criterios económicos.

Las técnicas seleccionadas deben ser **útiles** para los problemas a evaluar en cada caso; esta utilidad puede definirse en función de seis criterios complementarios: existen instrumentos y técnicas específicamente diseñados para los distintos problemas o trastornos; debe considerarse el sujeto (persona, grupo) y la persona a la que se aplica la prueba (paciente, familiar, etc.) y el tipo de información que facilitan, y el que interesa en el caso (no se puede medir la autoestima con un registro psicofisiológico); deberá considerarse la tarea y el momento que se esté abordando dentro del proceso de evaluación (exploración inicial, análisis descriptivo, etc.), y, finalmente, siempre serán más útiles, a igualdad de los demás criterios, aquellas técnicas en las que el evaluador esté mejor entrenado.

TABLA 2.1

Principales técnicas de evaluación psicológica utilizadas en la EPC

Técnicas	Tipos y ejemplos
Entrevista	Estructuradas, semiestructuradas o sin estructura. Pueden aplicarse al paciente, familia, amigos, profesionales, etc. Ejemplos: entrevista inicial, entrevista de devolución de información, CIDI, entrevistas de seguimiento.
Autoinformes estandarizados	Cuestionarios relacionados con distintos trastornos o variables sociales, biológicas o psicológicas. Ejemplos: cuestionarios psicométricos tradicionales, cuestionarios de detección psicopatológica, inventarios, etc.
Autoinformes personalizados	Medidas diseñadas para cada usuario y cada aplicación. Ejemplos: autorregistros ABC, diarios, termómetros de miedo, técnicas subjetivas, escalas de metas, etc.
Observación directa	Observación en situaciones cotidianas, en la consulta o en situaciones estandarizadas. Observación del paciente o del ambiente. Ejemplos: registros de observación de parejas, observación mediante *role-play*, BAT, etc.
Observación de productos permanentes	Observación de productos de la conducta en el ambiente. Ejemplos: acumulación de basura en casa, archivos, resúmenes de estudio, etc.
Medidas psicofisiológicas	Medidas de actividad fisiológica de la persona puestas en relación con aspectos situacionales o psicológicos. Ejemplos: tasa cardíaca en situaciones estresantes y de relajación, excitación sexual ante estímulos diversos, etc.
Pruebas cognitivas	Pruebas diseñadas específicamente para evaluar la actividad cognitiva de la persona. Ejemplos: pruebas de memoria, paradigmas experimentales para evaluar la atención, etc.

En este punto debe remarcarse el acercamiento de la EPC a los criterios psicométricos de **calidad** que han ocurrido en las últimas décadas. Desde esta perspectiva se ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de considerar los datos de fiabilidad y validez en los distintos momentos de la EPC. Es decir, en los momentos más descriptivos de la EPC resulta muy adecuado mantener los índices de **fiabilidad,** sobre todo conceptualizándola como concordancia entre evaluadores (entrevista, observación...) y/o como consistencia interna de las medidas. En cuanto a la **validez,** siempre más funcional, resulta obvio que la utilización de esquemas comunes o muy similares de organización de información hará aumentar la *validez de contenido* de modo significativo. A caballo entre la fase descriptiva y funcional, parece del máximo interés utilizar los indicadores de *validez de criterio convergente* para la obtención de matrices multiacontecimiento-multimétodo en la línea de Campbell y Fiske (1959). En este sentido, la fase funcional de la EPC, con la génesis y posterior contraste de las hipótesis de mantenimiento, garantiza la *validez de constructo, de la hipótesis, de la interpretación,* posiblemente el criterio de calidad más importante (Silva, 1989).

Debe considerarse que en muchas más ocasiones de las que se piensa la aplicación de una técnica u otra depende finalmente de sus costes **económicos.** Es evidente que los métodos de evaluación más sencillos (por ejemplo, los cuestionarios) son sensiblemente más baratos que la metodología más sofisticada (por ejemplo, la observación). Este hecho plantea que, si solamente se considera el polo de los costes económicos, siempre será mejor recurrir a

instrumentos de evaluación sencillos y breves (por ejemplo: cuestionarios) que a otros más sofisticados (por ejemplo: psicofisiológicos) o más largos (por ejemplo: autorregistro).

Sin embargo, en el otro lado aparece la necesidad de obtener unos resultados con la evaluación, unos beneficios que optimicen el diseño del tratamiento. De este modo, considerando ambos aspectos, el evaluador debe mantener un equilibrio entre los costes y los beneficios, *índices costes-beneficios* en términos económicos. Deben realizarse evaluaciones que permitan diseñar tratamientos, pero que sean competitivas económicamente.

Una vez considerados estos tres grupos de criterios, debe quedar claro que la decisión de la utilización de una técnica u otra de recogida de información es una tarea compleja que requiere en sí misma una formación psicológica específica.

1.3. Ejes de actividad, momentos y tareas en el proceso de EPC: un modelo integrador

A continuación se expone un modelo integrador del proceso de evaluación cognitivo-conductual (figura 2.2) que integra las principales aportaciones realizadas en los últimos años (Bruch, 1998; Eells, 2007; Haynes y O'Brien, 2000; Nezu, Nezu y Lombardo, 2004; Persons y Tompkins, 2007; Silva, 1989) y, en especial, las directrices de las GAP (2001) y de Fernández Ballesteros (2004) respecto a las fases y momentos de la evaluación psicológica. Considera todas las dificultades y limitaciones mencionadas anteriormente e intenta ofrecer una visión práctica clara y posibilista de las distintas tareas, técnicas, estrategias y procedimientos que el psicólogo puede llevar a cabo para conseguir una EPC de calidad. Este modelo ha sido expuesto de forma más amplia y general por el autor en otro lugar (Muñoz, 2003).

Como puede observarse en la figura 2.2, se enfoca el proceso de EPC considerando tres ejes simultáneos de actividad: análisis descriptivo, análisis funcional y formulación, y diagnóstico. A su vez, se consideran distintos momentos, exploración inicial, evaluación para el tratamiento y evaluación durante y tras el tratamiento. La diferenciación entre los tres ejes propuestos, descriptivo, funcional y diagnóstico, no puede entenderse de forma secuencial. De hecho las actividades comprendidas en cada uno de ellos se desarrollan en un proceso dinámico y continuo que solamente se disgrega para facilitar su exposición y su comprensión.

1.3.1. *Análisis descriptivo*

Lo primero que se necesita para iniciar un proceso de evaluación (y esto es igual para todas las ciencias) es disponer de buenas observaciones y descripciones de la realidad. En este caso se trata de saber *qué* le pasa a la persona para después poder tratar de responder *por qué* le pasa. En otras palabras, describir la fenomenología del paciente y su entorno.

En muchas ocasiones, antes de tener el primer encuentro personal con el cliente o paciente, ya se dispone de alguna información relevante a partir de la propia demanda de la persona al pedir ayuda, del historial clínico u otros informes, de algunas pruebas biográficas que podríamos haber empleado o de pruebas de detección que pueden administrarse antes de la primera consulta. Comienza a ser una práctica frecuente pedir a la persona que cumplimente algunas de estas pruebas antes de la primera consulta (por ejemplo: en la propia oficina, en su casa o por Internet) para poder orientarla y derivarla de forma más ajustada desde el principio.

El primer momento de todo proceso de evaluación clínica no puede ser muy distinto del primer encuentro con una persona. Todos los prejuicios, sesgos, efectos halo, etc., presentes en las relaciones humanas desde su comienzo lo están igualmente en el proceso clínico. Los primeros momentos de la primera sesión suponen la ocasión de las primeras observaciones, las primeras descripciones y de la generación de las primeras hipótesis y de las primeras decisiones, que pueden marcar toda la evaluación posterior. Debe señalarse desde el principio que el juego de generación y contraste de hipótesis que se inicia en este momento no va a terminar hasta que termine el propio proceso evaluador (Carey et al., 1984; Muñoz, 2003).

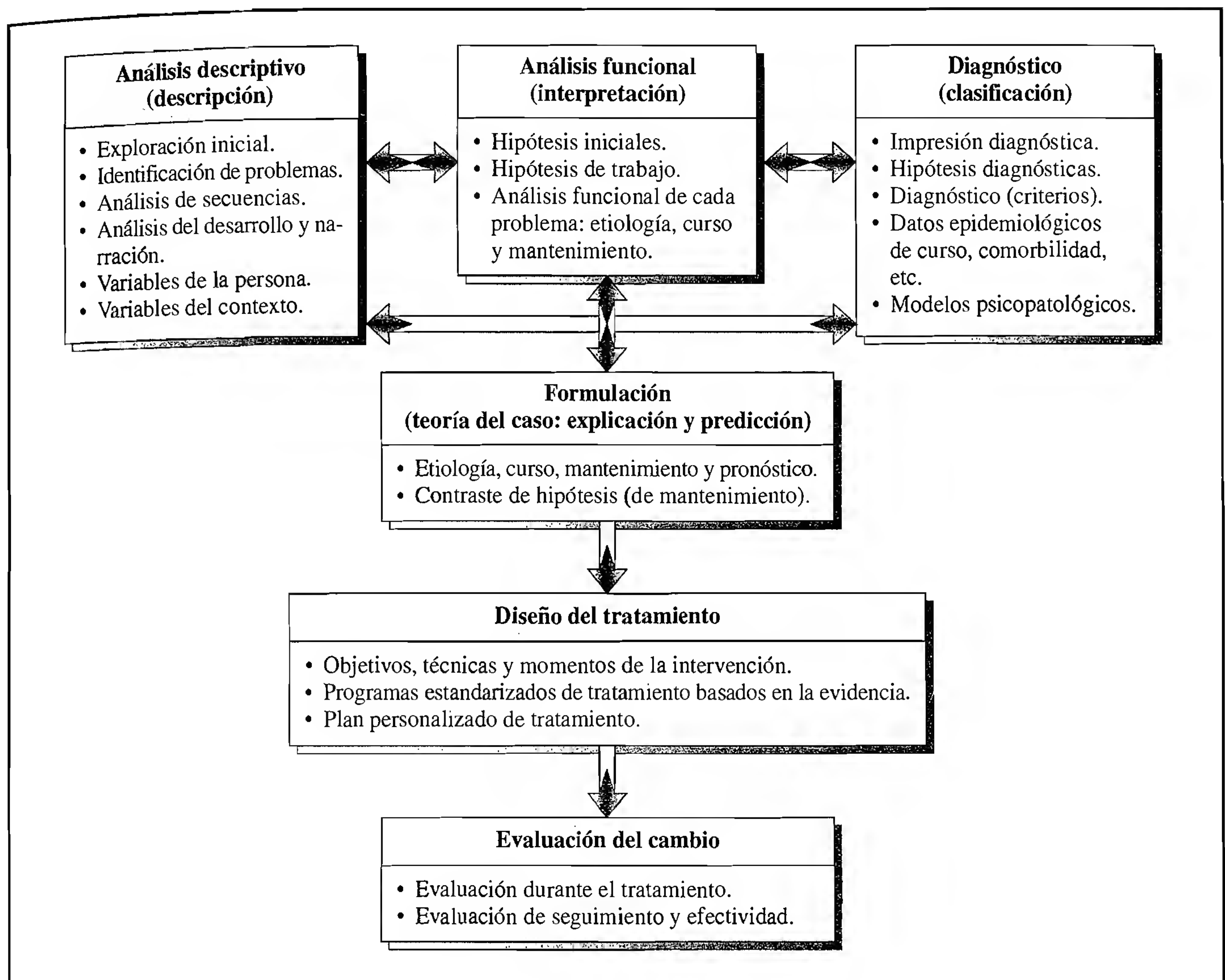


Figura 2.2.—Ejes, momentos y tareas del proceso de evaluación psicológica clínica.

Es el momento de llevar a cabo la primera exploración del paciente o **exploración inicial** mediante la observación, la conversación y la exploración si fuera necesaria de las principales variables de funcionamiento cognitivo y psicológico (Othmer y Othmer, 2006), en la tabla 2.2 se incluye un resumen de las principales tareas de la exploración inicial.

Durante esta exploración inicial y posteriormente durante las fases más descriptivas y de diagnóstico se puede avanzar en la detección de problemas psicopatológicos mediante la inclusión en la entrevista de preguntas clave de detección diagnóstica. Preguntas que provienen de las entrevistas diagnósticas estructuradas. En otro lugar (Vázquez y Muñoz, 2003) se ha presentado un guía completa de entrevista diagnóstica y se han destacado las principales preguntas de detección para los principales trastornos incluidos en el DSM-IV-TR. En la tabla 2.3 se incluyen algunos ejemplos de este tipo de preguntas.

Una vez superada la exploración inicial y tomada la decisión de continuar la entrevista, el primer paso es el de conseguir una descripción del problema o problemas del paciente y de las posibles variables o factores que pueden estar presentes en la situación. De forma muy general, y considerando que siempre pueden encontrarse excepciones, por *problema se entiende aquella transacción individuo-ambiente*

TABLA 2.2

Tareas de la exploración inicial

La exploración inicial
Incluye tres métodos complementarios para evaluar una serie muy completa de variables. Puede ser empleada en la primera entrevista y en los comienzos de todas las demás, como estrategia de evaluación continuada del cambio.
A) **Observación:** deben observarse las siguientes variables. — Apariencia física (género, edad, grupo étnico, estado nutricional, higiene, vestido, etc.). — Nivel de conciencia. — Actividad psicomotora (postura, movimientos, contacto ocular, etc.).
B) **Conversación:** se utiliza una conversación de apariencia coloquial y breve (un par de minutos) para evaluar posibles problemas en las siguientes variables: atención, lenguaje, pensamiento, orientación temporo-espacial, memoria a corto y largo plazo y biográfica y estado y expresión afectivos.
C) **Exploración:** en función de los dos pasos anteriores puede decidirse la utilización de una exploración más sistemática, pero igualmente breve. En estos casos suelen emplearse pequeñas pruebas o fragmentos de tests bien conocidos como el Mini-Mental. Las principales variables a medir tienden a ser: — Alteraciones del estado de ánimo o emocionales. — Variables de la persona como nivel de energía y percepción. — El flujo y el contenido del pensamiento del paciente. — La capacidad de introspección que demuestre la persona y muy especialmente la conciencia de enfermedad que tenga en el momento de la entrevista. — La valoración de la capacidad de juicio que presenta el paciente al acudir a la consulta. — Posibles dificultades asociadas a trastornos de la inteligencia o cognitivos.

que provoca malestar, entorpece sus actividades habituales o perjudica la salud de la persona. Considerado de este modo, el problema se configura como la unidad básica de análisis a lo largo del proceso de evaluación clínica.

El **análisis descriptivo** empezará por la elaboración de una lista de problemas del paciente que se convertirá en una herramienta clave para las tareas de la evaluación cognitivo-conductual, en especial para la fase descriptiva y para el diagnóstico, que, en la mayoría de las ocasiones, se fundamenta sobre estas listas. En la tabla 2.4 se presenta un ejemplo de lista de problemas y se incluye una comparación de éstos con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR. Se puede observar cómo se cumplen algunos de los criterios del episodio maníaco pero se observa igualmente cómo algunos otros criterios no aparecen en la lista y, a la vez, cómo otros comportamientos resultan más difíciles de categorizar en un diagnóstico.

Una vez que se dispone de una lista de problemas inicial, se procede a realizar una descripción detallada de cada uno de ellos. Mediante este **análisis de secuencias** se trata de conocer cómo aparece el problema cada vez que aparece, qué variables influyen y en qué orden. Para ello se procederá a un muestreo de secuencias de cada problema. Típicamente será necesario conocer, al menos, la ocasión más reciente, la más grave, la primera y alguna leve para poder empezar a tener la información básica sobre el funcionamiento del problema en las distintas ocasiones-secuencias. La entrevista y los autorregistros son técnicas especialmente útiles para esta tarea.

TABLA 2.3

Ejemplo de preguntas de detección para algunos trastornos (Vázquez y Muñoz, 2003)

Trastorno	Preguntas clave
Depresión mayor y distimia	**Preguntar** Empezando por su estado de ánimo: ¿Cómo se ha sentido de estado de ánimo en los últimos 15 días? ¿Se ha sentido usted decaído, deprimido o desesperanzado durante el último mes? ¿Ha perdido interés por las cosas que normalmente le gustaban? **Observar** Expresión facial de tristeza, arreglo personal, postura, etc.
Manía/hipomanía	¿Ha habido veces en que usted se ha sentido muy bien, mejor de lo normal, durante varios días hasta el punto de que los demás se lo han comentado? **Si negativo:** ¿Se ha sentido inusualmente irritable durante varios días, con ganas de discutir o regañar?
Ansiedad generalizada	¿Se ha sentido tenso, nervioso o preocupado en los últimos días? ¿Piensa que es usted una persona nerviosa o miedosa? ¿Está usted continuamente preocupado por algo o por distintas cosas?
Trastorno de pánico	¿Alguna vez ha sufrido un ataque de ansiedad o de miedo durante el cual haya sentido de repente un aumento de la ansiedad o del miedo a morir o a perder el control sobre sí mismo?
Agorafobia	¿Siente usted miedo a los espacios abiertos, a los grandes almacenes, cine, etc.? ¿Siente usted temor a los túneles, puentes, etc.? Algunas personas tienen miedo a salir solas a la calle o a quedarse solas en casa. ¿Le ocurre esto a usted?

Al recoger e integrar la información se recomienda la utilización de esquemas de organización de ésta que ayuden a clasificarla en un orden temporal que facilite el análisis funcional posterior. En este sentido los esquemas de organización más tradicionales han sido los que aparecen en la figura 2.3 (esquemas: antecedentes-conducta-consecuentes).

A pesar de que este tipo de organización sigue siendo uno de los más empleados, en los últimos años se han realizado propuestas muy sugerentes sobre cómo flexibilizar y mejorar esta organización de la información. Se trata de emplear diagramas de flujo más abiertos para poder incluir la información de forma más completa y flexible (Muñoz, 2003) o de combinar los diagramas de flujo con una cierta estructura que ayude a avanzar en la interpretación funcional. Uno de los mejores ejemplos de este tipo de propuestas lo constituye el mapa psicopatogénico de Nezu, Nezu y Cos (2007) que se ejemplifica en la figura 2.4.

Puede verse cómo el mapa psicopatogénico sirve de marco para la organización de la información de las secuencias de cada problema (análisis de secuencias) y cómo, a la vez, ayuda a iniciar las labores propias del análisis funcional al incluir cierto orden funcional en el esquema.

Una vez descritos en cierto detalle los principales problemas del paciente mediante la lista de pro-

TABLA 2.4

Ejemplo de lista de problemas de un episodio maníaco en un caso de posible trastorno bipolar

Lista de problemas del paciente	DSM-IV-TR Episodio maníaco
• Recuperación de un episodio depresivo con cambio brusco del estado de ánimo durante las últimas dos semanas.	Período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana.
• Aumento de actividad laboral y planes de creación de nuevas empresas. • Patrón de sueño alterado, no duerme más de tres o cuatro horas y, casi siempre, en la madrugada. • Excesiva simpatía con antiguos amigos. • Aumento exagerado y promiscuo de la actividad sexual (tres personas distintas en una semana). • Obras en la vivienda y cambio de coche.	Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: • Autoestima exagerada. • Disminución de la necesidad de dormir. • Más hablador de lo habitual. • Fuga de ideas o pensamiento acelerado. • Distraibilidad. • Aumento de la actividad intencionada (social, trabajo o estudios, sexual) o agitación psicomotora. • Implicación excesiva en actividades placenteras con potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo: compras, sexo, etc.).
• Discusiones con socios y aislamiento laboral.	Deterioro laboral o social.
• Ideas obsesivas de revisión (trabajo, hogar) sin rituales.	No cumple criterios de trastorno obsesivo-compulsivo.
• Pensamientos de confabulación de los demás contra él.	No cumple criterios de trastorno delirante u otras psicosis.

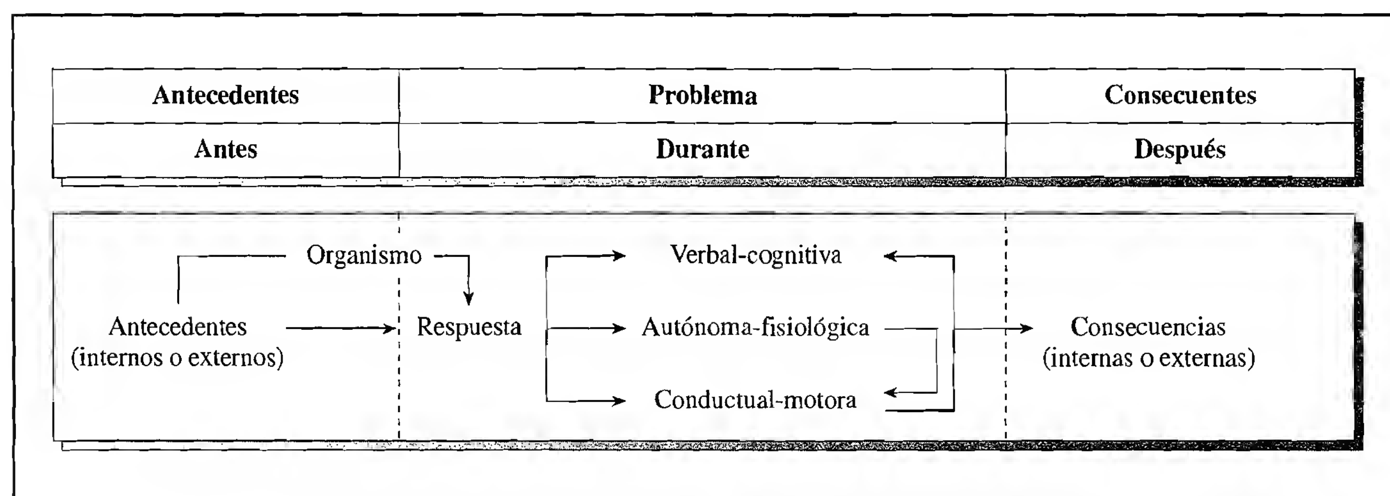


Figura 2.3.—Esquema tradicional de organización de las secuencias.

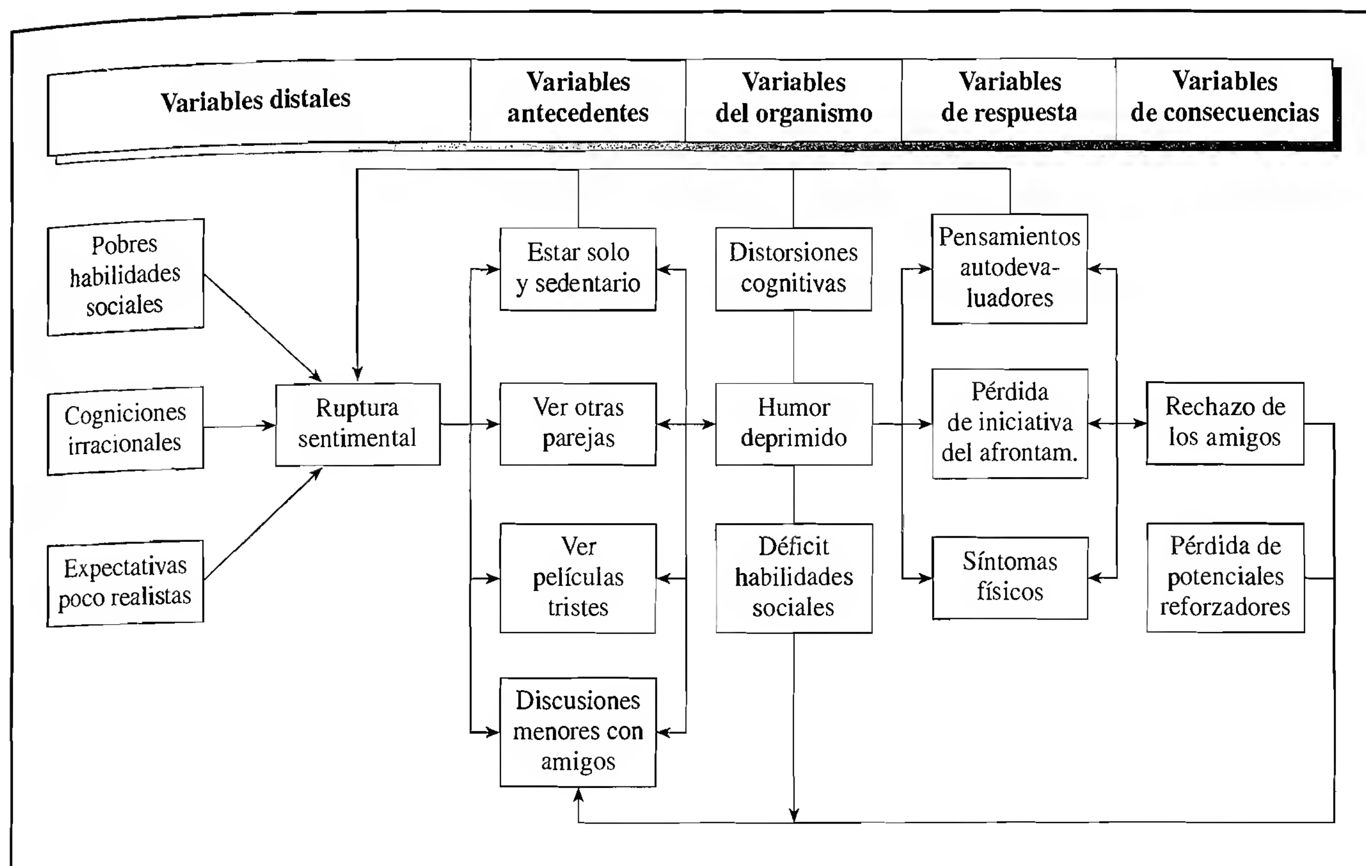


Figura 2.4.—Ejemplo de mapa psicopatogénico de un caso de depresión (a partir de Nezu, Nezu y Cos, 2007).

blemas y el análisis de secuencias, se podrá recoger la información conveniente acerca del **desarrollo** de cada uno de ellos a lo largo de su vida y de sus interacciones, las interpretaciones y el sentido que el paciente ha ido otorgando a cada problema y, en resumen, una narración del caso, conjugando el punto de vista subjetivo del paciente con los datos objetivos que se puedan ir reuniendo. Convendrá especificar al menos: factores previos al inicio del problema (predisponentes, de vulnerabilidad), factores coetáneos al inicio del problema y factores presentes durante el curso del problema hasta el momento de la evaluación (sucesos vitales estresantes, cambios en el desarrollo biológico y psicológico, otros tratamientos previos, períodos de mejorías y recaídas, etc.). En todo momento debe combinarse la información objetiva con la propia subjetividad narrativa y perceptiva de la persona respecto a su historia personal y al significado de los problemas en su vida.

La información histórica de este tipo se recoge mediante la propia entrevista y puede apoyarse en todos aquellos documentos biográficos que pudieran resultar pertinentes (historias clínicas, libros de estudios, etc.) o en entrevistas con familiares. Una forma de organizar la información histórica en una sola figura es mediante la elaboración de una línea de vida (Muñoz, 2003; Schroots, 1996). La línea de vida consiste en un diagrama en el que bajo una línea que representa la vida de la persona se sitúan espacialmente los principales sucesos ligados a la etiología y curso de los problemas (véase la figura 2.5).

En estos momentos, se estará en disposición de identificar y medir las principales **variables personales y contextuales** que puedan afectar a cada problema, positiva o negativamente, de forma significativa. Sin ánimo de resultar exhaustivo, en la tabla 2.5 se presentan las principales variables de la persona y contextuales que pueden incluirse en un proceso de evaluación cognitivo-conductual. Como ya se ha

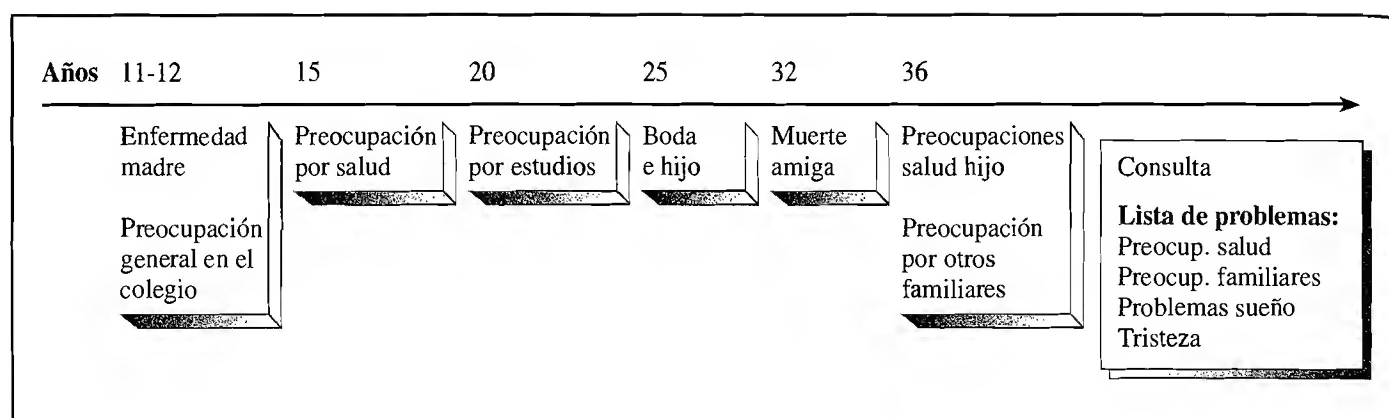


Figura 2.5.—Ejemplo de línea de vida de una mujer de 36 años con un trastorno de ansiedad generalizada y posible complicación de un duelo.

comentado, habrán de aplicarse los criterios de utilidad, calidad y económicos para la selección de las técnicas más adecuadas a cada caso.

Dado el carácter marcadamente descriptivo de este momento, los criterios de calidad deben poner especial cuidado en la convergencia de la información, la validez de criterio y la sensibilidad al cambio de los procedimientos de medida utilizados. Normalmente esta calidad se consigue a través del uso de distintas medidas, métodos e informadores que garanticen el control de los posibles sesgos personales del paciente y del evaluador y controlen la desincronía entre los sistemas de respuesta.

De esta forma los primeros momentos de la evaluación implican la desintegración de la información global acerca de la persona en unidades cada vez más pequeñas y concretas (problemas-sucesos-conductas), convirtiendo un enfoque inicialmente molar en progresivamente más y más molecular. Se verá como el proceso se invierte más adelante, con el análisis funcional y la formulación del caso.

1.3.2. *Diagnóstico*

En el modelo del proceso de evaluación que se está presentando, el diagnóstico se considera un tipo de tarea o eje de actividad incluido en el proceso de EPC que mantiene una unidad de acción con los otros dos ejes, pero que puede desarrollarse con una cierta independencia. El diagnóstico consiste en una actividad clasificatoria y, como tal, descriptiva. Según se van identificando y describiendo los principales problemas del paciente, su inicio y su evolución, se empieza a disponer de toda la información necesaria para poder realizar un diagnóstico DSM-IV-TR o CIE-10. Por otra parte, debe señalarse cómo la relación entre los ejes descriptivo y diagnóstico es bidireccional y se concentra en la elaboración de la lista de problemas y del curso de éstos en la biografía del paciente. En ambos casos, la información recogida durante la entrevista ayuda a clarificar la labor diagnóstica, a la vez que los criterios diagnósticos y la información epidemiológica y del curso de los problemas ayudan a dirigir la búsqueda de información de forma más precisa y económica. Es decir, la información descriptiva incluida en la lista de problemas y la línea de vida generalmente es suficiente para avanzar un diagnóstico completo; por el otro lado, la identificación de un problema y su coincidencia con alguno de los criterios incluidos en las clasificaciones diagnósticas pueden ayudar a dirigir la búsqueda de otros posibles problemas —los que estén incluidos en las mismas listas de criterios que el encontrado—. Por ejemplo, si al entrevistar a un cliente se identifican episodios de tristeza, este dato tiene que dirigirnos hacia la búsqueda de otros posibles problemas relacionados, a saber: todos los incluidos en las listas de criterios de los trastornos de estado de ánimo, aquellos incluidos en los trastornos adaptativos con ánimo depresivo y, en defi-

TABLA 2.5

Variables de la persona y del contexto a considerar en la evaluación cognitivo-conductual y principales técnicas de evaluación útiles en cada caso

Grupo de variables	Ejemplos de variables	Técnicas de evaluación
Sociodemográficas y psicosociales	– Edad. – Género. – Grupo étnico. – Estudios. – Profesión. – Trabajo actual. – Nivel socioeconómico. – Alojamiento. – Acceso a servicios médicos y sociales. – Nivel de integración social.	– Entrevista. – Informes sociales. – Historial médico y psicológico. – Cuestionarios biográficos.
Del desarrollo	– Lugar en la estructura familiar. – Factores del embarazo y perinatales. – Primera infancia. – Infancia. – Adolescencia. – Crisis personales y familiares. – Abandono y malos tratos. – Momentos de aparición de los problemas en relación con estados evolutivos.	– Entrevista. – Entrevista a familiares. – Cuestionarios biográficos. – Genograma. – Informes médicos, educativos y psicológicos. – Informes periciales. – Técnicas específicas.
Cognitivas	– CI. – Autoestima. – Autoeficacia. – Esquemas cognitivos. – Atribuciones. – Estilos cognitivos. – Variables de estructuras y procesos cognitivos.	– Entrevista. – Cuestionarios específicos. – Tests cognitivos y de inteligencia. – Tests objetivos para procesos cognitivos.
Psicofisiológicas	– Patrones psicofisiológicos de respuesta al estrés. – Respuestas alteradas. – Principales índices psicofisiológicos.	– Entrevista. – Registros psicofisiológicos en sesión y en ambientes naturales. – Analítica en saliva, sangre y orina.
Emocionales y del estado de ánimo	– Ansiedad. – Depresión. – Ira. – Indefensión. – Desesperanza. – Optimismo. – Esquemas narrativos.	– Entrevista. – Cuestionarios específicos. – Técnicas de escritura y expresivas.
Biológicas-médicas	– Dependencia de sustancias. – Variables biológicas que afecten al comportamiento. – Enfermedades médicas que afecten al comportamiento.	– Entrevista. – Pruebas médicas. – Pruebas bioquímicas.
De personalidad	Variables incluidas en los principales modelos de personalidad.	– Tests de personalidad.
De afrontamiento	– Estilos de afrontamiento. – Tipo A. – Tipo C.	– Cuestionarios específicos. – Entrevistas específicas.

nitiva, todos aquellos criterios incluidos en trastornos que cursen con episodios de tristeza.

Para establecer mejor estas relaciones, en la figura 2.6 se presenta el juego de relaciones existente entre el diagnóstico (nomotético y clasificatorio) y el análisis descriptivo (lista de problemas) y funcional (análisis funcional y formulación) (Schulte, 1992).

Como puede observarse en la figura, las relaciones entre el diagnóstico y lo descriptivo y funcional no se agotan con la lista de problemas y el valor heurístico de las listas de criterios. Los modelos psicopatológicos de los trastornos ayudan a desarrollar el análisis funcional y a configurar la formulación clínica.

En esta misma línea, más recientemente Jacqueline Persons (2007) ha propuesto un esquema de actuación para elaborar formulaciones clínicas individualizadas partiendo de modelos psicopatológicos a partir del diagnóstico. El esquema de funcionamiento sería el siguiente (tabla 2.6): una vez redactada la lista de problemas, se está en disposición de buscar todos aquellos diagnósticos que pudieran encajar con esa lista (puede que haya más de un trastorno reflejado). Si se identifica un solo trastorno, se pasa a la búsqueda de modelos psicopatológicos de ese trastorno que tengan evidencia; si hay más de uno, se define un diagnóstico de anclaje: el más grave, el más relevante o, en última instancia, aquel del que se disponga de más información personal y/o psicopatológica. Por ejemplo, en un caso de un paciente con un posible trastorno depresivo y un trastorno de personalidad poco de-

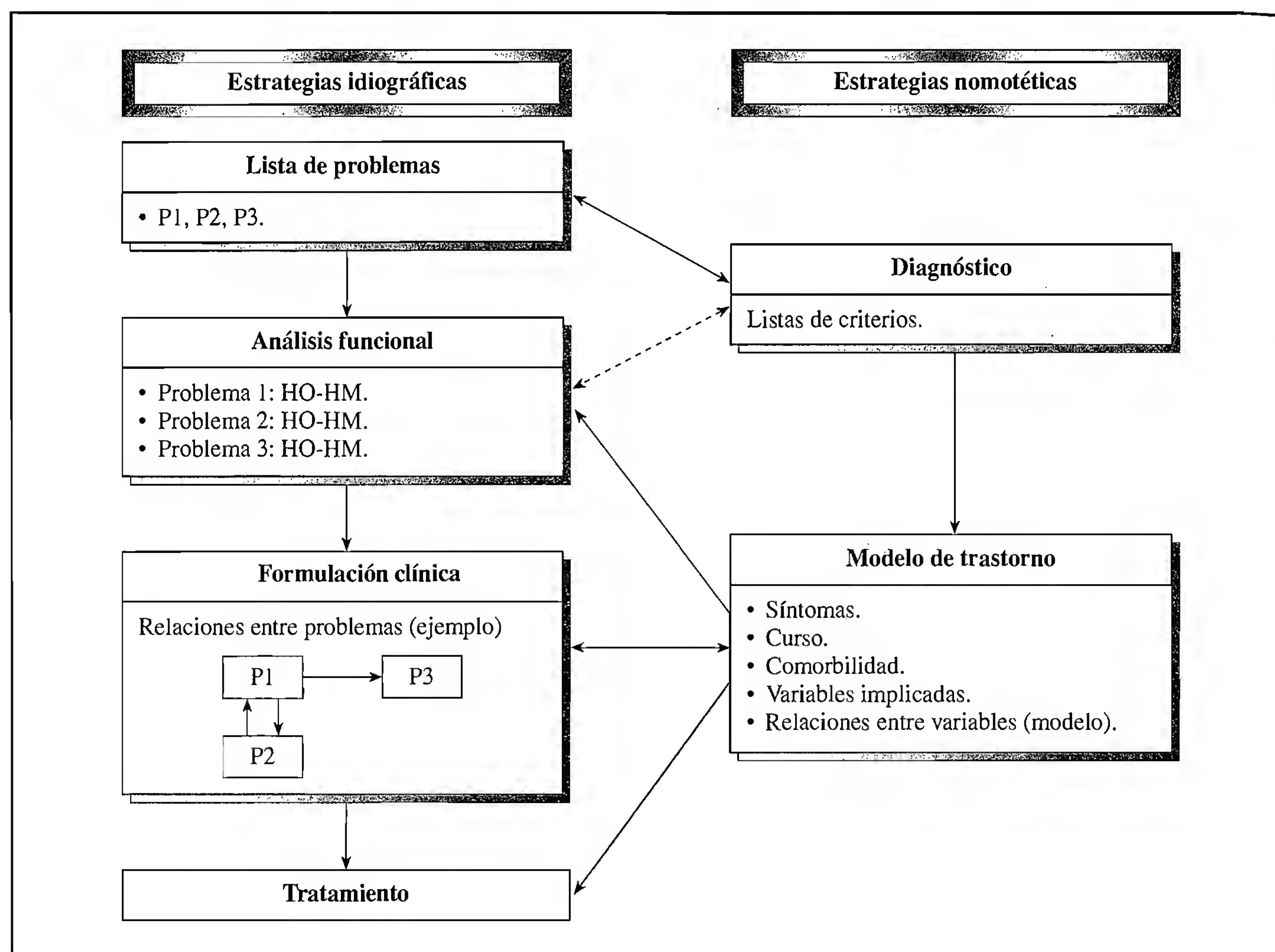


Figura 2.6.—Análisis funcional, formulación clínica y modelos teóricos de trastornos, a partir de Schulte (1992).

TABLA 2.6

Modelo de formulación clínica de Persons y Tompkins (2007)

— Información de identificación de la persona.
— Lista de problemas.
— Diagnóstico DSM-IV-TR (cinco ejes).
— Si hay más de un diagnóstico: elegir un diagnóstico de anclaje.
— Seleccionar una formulación nomotética del diagnóstico principal (modelo psicopatológico).
— Individualizar el modelo nomotético: factores del contexto, somáticos, cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales.
— Proponer hipótesis de origen.
— Describir los precipitantes actuales (secuencias).

finido, se aconseja escoger como diagnóstico de anclaje el trastornos depresivo, ya que el de personalidad está menos definido y, además, es más difícil encontrar modelos psicopatológicos con evidencia que expliquen los diferentes trastornos de personalidad y su covariación. Posteriormente se individualiza el modelo general acudiendo a todos los datos disponibles del caso actual (contextuales, personales, de desarrollo, biológicos, etc.). Este hecho ayuda además a incluir, si fuera necesario, una visión general más amplia que permita integrar la información relativa a los otros posibles diagnósticos considerados en el caso (no el de anclaje). Finalmente, se completa la información con los determinantes actuales a partir de los análisis de secuencias.

Las relaciones que se han ido estableciendo entre los procedimientos diagnósticos estructurales y los procesos de EPC, más funcionales, han desembocado en una mutua necesidad de apoyo. Hoy en día, es difícil entender un proceso completo de EPC sin hacer referencia a un diagnóstico y resulta igualmente claro que los procedimientos y categorías diagnósticas actuales no permiten, por sí mismos, avanzar la idoneidad de un tratamiento de forma concluyente y única. Estas relaciones señalan el camino para la convivencia de los enfoques nomotéticos y estructurales (clasificatorios) junto a idiográficos y funcionales (formulación clínica del caso).

1.3.3. *Análisis funcional y formulación*

El tercer eje del sistema indica la necesidad de añadir a las hipótesis de trabajo descriptivas y de diagnóstico empleadas en los otros dos ejes las explicativas o funcionales y la importancia de someter a contraste todas ellas durante el proceso, yendo de las más básicas de la exploración inicial a las más complejas y definitivas de la formulación clínica del caso. Conforme se avanza en la recogida de información descriptiva y en la elaboración de un diagnóstico, se hace necesario avanzar igualmente en el proceso de búsqueda de hipótesis explicativas (funcionales) de cada problema. Las actividades descriptivas y funcionales van alternándose continuamente a lo largo del proceso hasta llegar a la formulación final del caso.

En los últimos años, se han realizado duras críticas hacia el análisis funcional y la formulación de casos, en especial respecto a su utilidad clínica por diversas razones, entre las que cabe destacar la falta de concordancia de los esquemas de formulación propuestos para el mismo caso por distintos evaluadores y la poca eficacia que añaden a las intervenciones basadas en el diagnóstico y la aplicación de terapias de manual estandarizadas para cada trastorno. Sin embargo, resulta obvio que la mayoría de estas terapias necesitan un proceso de adaptación personal al paciente. Resulta igualmente conocido el hecho de que una parte importante de los pacientes no presentan un único diagnóstico que permita aplicar paquetes terapéuticos estandarizados, aunque recientemente se han empezado a proponer intervenciones ajustadas a cierta comorbilidad. En cualquier caso, se insiste en la necesidad de combinar los aspectos teóricos de la investigación con los prácticos de la aplicación clínica para conseguir evaluaciones y tratamientos eficaces (Kazdin, 2008). Y, por último, la aplicación de una estrategia terapéutica estandarizada no significa, ni mucho menos, que no se estén asumiendo hipótesis acerca de los problemas del paciente; cuando se aplica un tratamiento de exposición y prevención de respuesta en un caso de obsesión-compulsión, al seguir un paquete terapéutico se están asumiendo implícitamente ciertas hipótesis explicativas y no otras. De hecho la formulación clíni-

ca, realizada durante la investigación y aplicada a los diagnósticos, procesos y sistemas de funcionamiento, se puede contar entre los principales factores responsables de la eficacia observada por los paquetes de tratamiento desarrollados hasta el momento por la investigación en psicología clínica.

De este modo, parece necesario seguir considerando entre los aspectos a desarrollar en la EPC el análisis funcional y la formulación clínica del caso como una parte esencial, probablemente el núcleo del proceso de evaluación clínica.

El punto de vista que se desarrolla en el presente capítulo sitúa el problema como unidad básica de análisis; cada trastorno (categoría diagnóstica) puede entenderse como una configuración de problemas que tienden a aparecer unidos y el caso puede incluir distintas configuraciones de problemas que pueden ser asumidos, o no, en una o más categorías diagnósticas, creando de este modo un abanico muy amplio de posibles combinaciones. Es decir, en primer lugar se deberá llevar a cabo un **análisis funcional** de cada problema del paciente, y solamente una vez realizados todos los análisis funcionales necesarios (generalmente uno para cada problema), se procederá a la integración de toda la información descriptiva y funcional en un juego de hipótesis o teoría del caso que se denomina **formulación clínica.** De forma práctica, se trata de integrar toda la información de la lista de problemas, los esquemas del análisis de secuencias y de la línea de vida y la información de la persona y del contexto en un esquema único que explique todo el caso y ayude a diseñar la intervención. En la tabla 2.7 se incluyen los componentes fundamentales de una formulación clínica de acuerdo con lo comentado hasta ahora.

No cabe duda de que uno de los puntos más complejos del proceso de evaluación psicológica clínica se encuentra precisamente aquí, en la elaboración de hipótesis funcionales que permitan integrar la información de forma útil para el tratamiento. Ingram (2006) ha propuesto una lista de las 28 principales hipótesis centrales a considerar en una formulación

TABLA 2.7

Componentes básicos de una formulación clínica

Etiología
Al explicar el origen e inicio de los problemas, la formulación debe hacer énfasis y distinguir entre los factores del desarrollo, los de predisposición, los de vulnerabilidad y los posibles desencadenantes.
Curso
En el curso la hipótesis debe dar cuenta de todos los cambios observados en la historia de los problemas durante las fases descriptivas de la EPC.
Mantenimiento
Los modelos de mantenimiento deben explicar el funcionamiento actual del caso y guardar una relación directa con los de origen y curso. Deben integrar datos biológicos, psicológicos y sociales y ser capaces de reunir toda la información obtenida en los análisis de secuencias y de variables personales y ambientales del análisis descriptivo. Para completar la formulación, debe incluirse la explicación atribucional, o narrativa de los problemas, que se hace a sí mismo el paciente y los factores personales y sociales que pueden ayudar o entorpecer el cambio.
Pronóstico
La formulación debe permitir realizar una predicción respecto a la evolución futura del problema en caso de no seguir tratamiento y las posibilidades reales de intervención sobre la base de la investigación empírica y de las circunstancias personales del paciente. Esta predicción (pronóstico) debe incluir tanto la evolución con los factores actuales de funcionamiento como la identificación de aquellos factores que pueden producir una mejoría o un empeoramiento «espontáneo» del problema.

clínica, incluyendo hipótesis de las principales escuelas psicológicas para tratar de forzar una confluencia, desde nuestro punto de vista todavía lejana y artificial. Siguiendo esta iniciativa, pero siendo menos ambiciosos en la capacidad de confluencia de enfoques, se ha elaborado una lista de las 40 principales hipótesis centrales a considerar para la formulación clínica cognitivo-conductual (véase la tabla 2.8). No se persigue aquí la propuesta de un modelo teórico global, sino más bien la de una lista de comprobación *(checklist)* que el evaluador puede emplear al integrar la información de los casos clínicos en los análisis funcionales y, finalmente, en los modelos de formulación.

Aunque se puede decir que existe un consenso generalizado en torno a los componentes a incluir en una formulación clínica y cierto acuerdo en la necesidad de contemplar distintos tipos de hipótesis funcionales que incluyan aspectos de todo tipo, en los últimos años se han ido proponiendo distintas versiones y modelos de este proceso que difieren en los marcos teóricos de referencia y en algunas estrategias prácticas y aplicaciones diferenciales. En la tabla 2.9 se incluyen algunos de los modelos de formulación clínica mejor integrados en el enfoque cognitivo-conductual.

Entre todos los modelos de formulación clínica presentados se destaca la línea de trabajo seguida por Haynes (Haynes y O'Brien, 1990, 2000) que ha desembocado en el desarrollo de una herramienta de expresión de las relaciones entre las variables implicadas en un caso dado. Haynes propone la utilización de un diagrama de flujo similar al empleado en los modelos matemáticos para ayudar a generar y expresar el conjunto de hipótesis que denominamos «formulación». Es, por tanto, un modelo visual que ayuda a organizar toda la información disponible del paciente y expresar todas las hipótesis de forma conjunta en una formulación clínica del caso. Este tipo de modelos facilitan enormemente los medios para estimar la fuerza de la relación entre las variables antecedentes, consecuentes, covariables, mediadoras y mantenedoras de los problemas. Esto, a su vez, ayuda al clínico a estimar mejor el tamaño del efecto de las distintas intervenciones posibles. De esta forma, este tipo de modelos puede integrar la mayoría de la información relativa al caso.

En el presente capítulo se propone el seguimiento de una versión modificada de los diagramas analítico-funcionales de Haynes (Muñoz, 2003). Se trata de elaborar diagramas de flujo que permitan integrar toda la información pero que no precisen de la complejidad matemática de los propuestos por Haynes, difícilmente aplicables en la clínica cotidiana. La lista de problemas, los esquemas de secuencias y análisis funcionales de cada problema elaborados mediante los mapas psicopatogénicos de Nezu y la línea de vida son puntos de apoyo muy útiles para el inicio de la construcción del modelo de formulación, que habrá de completarse con la inclusión de las variables de la persona y del contexto. Resulta evidente que este tipo de modelos pueden admitir en su proceso de construcción referencias a los modelos psicopatológicos relacionados con los diagnósticos principales o de anclaje empleados en el caso (Persons y Tompkins, 2007). De este modo, se pueden (y deben) integrar los aspectos nomotéticos de los modelos psicopatológicos con los idiográficos de la información propia del caso para conseguir una integración que permita elaborar una teoría del caso que resulte útil para el diseño del tratamiento (fin último de la evaluación clínica).

Este tipo de modelos suponen una herramienta útil y del máximo interés en el desarrollo de las formulaciones clínicas. A diferencia de la mayoría de los demás modelos de formulación incluidos en la tabla, éste no proviene de ninguna teoría psicopatológica determinada, sino de un enfoque metodológico que trata de buscar y establecer relaciones causales entre las distintas variables implicadas en cada caso. Esto permite que los modelos causales puedan servir de enlace con los modelos psicológicos específicos de cada trastorno, ayudando a conjugar las estrategias nomotéticas (del modelo) e idiográficas (del caso) en cada formulación. Se utilizan todos los datos disponibles sobre el caso y se emplean todas las estrategias de evaluación que puedan aportar algún dato útil, obviamente con énfasis en las más empíricas pero sin establecer una exclusividad de éstas. Los modelos admiten todo tipo de variables y relaciones (no solamente lineales). El modelo (la formulación) es dinámico y no exclusivo. Es decir, la formulación debe ajustarse a los cambios que van ocurriendo en la vida

TABLA 2.8

Las 40 principales hipótesis en la formulación clínica cognitivo-conductual

Dominios de las hipótesis	40 principales tipos de hipótesis
Factores biológicos	— Causas biológicas. — Uso de sustancias. — Intervenciones médicas.
Historia personal	— Aprendizaje temprano e historia de aprendizaje. — Modelos familiares. — Historia de los problemas.
Crisis, situaciones estresantes y transiciones	— Emergencias. — Estresores situacionales o traumáticos. — Transición en el desarrollo. — Pérdidas y duelos.
Modelos conductuales y de aprendizaje	— Antecedentes y consecuentes. — Condicionamiento operante. — Respuestas emocionales condicionadas. — Déficit o pérdidas de habilidades. — Encadenamientos. — Respuestas impulsivas y/o agresivas.
Modelos psicofisiológicos	— Respuestas desajustadas (exageradas o deficitarias). — Patrones de respuesta alterados.
Modelos cognitivos	— Problemas en procesos básicos: memoria, lenguaje, percepción, atención, etc. — Expectativas utópicas. — Problemas de estructura cognitiva: esquemas, reglas, creencias, narrativas, etc. — Problemas de procesamiento cognitivo: sobregeneralización, todo o nada, etc. — Problemas atribucionales: de respuestas fisiológicas, de responsabilidad, etc. — Diálogo interno disfuncional: autoinstrucciones. — Ideas recurrentes.
Modelos de personalidad	— Déficit de habilidades sociales. — Déficit de solución de problemas. — Estilos de afrontamiento.
Modelos existenciales y espirituales	— Problemas existenciales (sentido de la vida). — Evitación de la libertad, la autonomía personal y la responsabilidad. — Dimensión espiritual (creencias, fe, etc.).
Factores sociales, culturales y ambientales	— Sistema familiar. — Relaciones personales disfuncionales. — Contexto cultural. — Apoyo social. — Ejecución de roles sociales. — Un problema social es la causa. — Rol de paciente. — Factores ambientales: sobrecargas, etc. — Estresores cotidianos.

TABLA 2.9

Modelos de formulación clínica relacionados con el enfoque cognitivo-conductual

Modelos	**Marco teórico**	**Aplicaciones**
Modelos de formulación analíticos conductuales (Haynes y O'Brien, 2000)	Terapia de conducta. Modelos cognitivos-conductuales. Modelo de evaluación conductual biopsicosocial.	Todo tipo de problemas clínicos.
Mapa psicopatogénico (Nezu, Nezu y Cos, 2007)	Modelo cognitivo-conductual biopsicosocial. Aplicación de la solución de problemas al proceso de evaluación.	Todos los problemas clínicos.
Modelo cognitivo conductual (Persons y Tompkins, 2007)	Modelo cognitivo-conductual de Beck. Relaciones con el diagnóstico.	Todos los trastornos clínicos con énfasis en depresivos, de ansiedad y drogas.
Modelo del University College of London (UCL) (Meyer, 1957; Wolpe y Turkat, 1985; Bruch, 1998)	Evaluación conductual. Terapia de conducta.	Trastornos psicológicos. Problemas psicológicos.
Graña (2005)	Muy relacionado con el anterior. Modelo cognitivo-conductual biopsicosocial con triple sistema de respuestas y marco interactivo.	Todos los problemas clínicos y acento en las aplicaciones forenses.
Modelo de formulación clínica conductual dimensional (Castro y Greiff, 1998)	Modelo biopsicosocial. Dimensiones: temporal, conductual y ambiental.	Trastornos psicológicos. Problemas psicológicos.
Análisis configuracional (Horowitz y Eells, 2007)	Teoría de los esquemas personales. Estados de la mente. Esquemas personales. Control de ideas y afectos.	Relaciones interpersonales. Autoconcepto. Concepto de los otros. Trastornos de personalidad.
Terapia dialéctica de conducta (Linehan, 1993; Koerner, 2007)	Tratamiento en fases. Regulación emocional. Principios de aprendizaje y terapia de conducta. Patrones conductuales y dilemas que entorpecen el cambio. Orientación dialéctica al cambio.	Trastornos de personalidad (límite y suicidios).
Entrevista de evaluación funcional culturalmente informada (Tanaka-Matsumi, Seiden y Lam, 1996).	Identidad cultural. Estrés por aculturación. Evaluación funcional.	Problemas clínicos con personas de diferentes marcos culturales.
Terapia centrada en la emoción (Greenberg y Goldman, 2007)	Modelos neohumanistas centrados en la emoción: narrativas emocionales, apego y estilo de procesamiento de emociones.	Psicoterapia. Problemas emocionales.

de la persona y a los nuevos conocimientos que se vayan adquiriendo sobre el caso y, a la vez, debe admitirse que un modelo de formulación puede ser útil sin necesidad de ser exclusivo. Distintos evaluadores podrían llegar a formular un caso dado de la misma forma, pero esto no es imprescindible para garantizar la efectividad de los tratamientos.

Siguiendo a Haynes, el modelo se construye en forma de un diagrama de flujo de acuerdo con las siguientes normas básicas para la construcción de los esquemas:

◇ Variables causales de origen e inmodificables: sucesos vitales estresantes.
○ Variables causales moderadoras y modificables.
□ Problemas conductuales o efectos del problema.
— Relaciones de alta importancia/frecuencia de ocurrencia.
— Relaciones de baja importancia/frecuencia de ocurrencia.
□ Inicio del problema (hipótesis etiológica).
Incluir en un bloque único y separado las variables de la persona.

A continuación se presenta un ejemplo de modelo de formulación que se ajusta a las normas indicadas (figura 2.7).

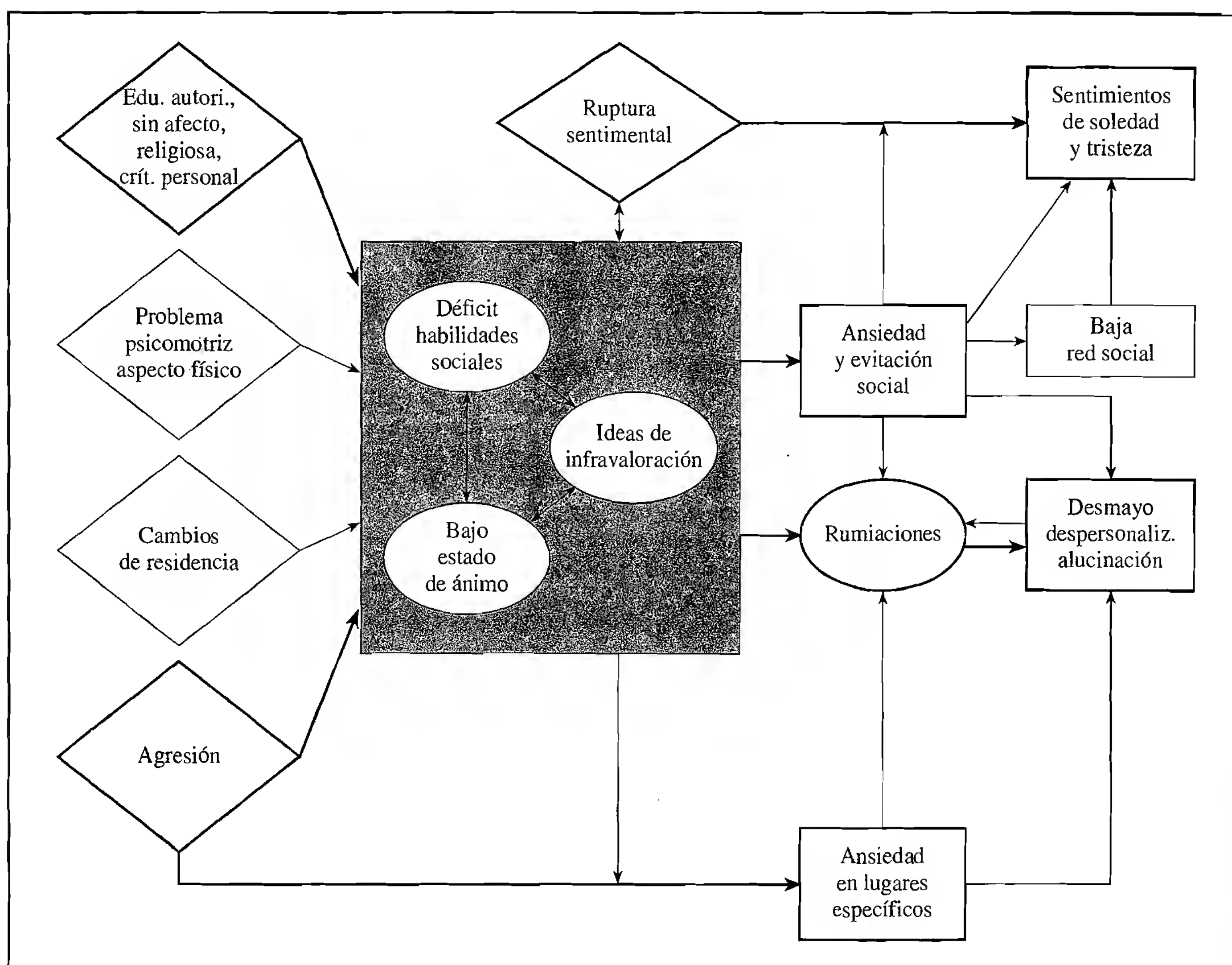


Figura 2.7.—Ejemplo de modelo de formulación clínica cognitivo-conductual de un caso con posible *trastorno de personalidad por evitación* con influencias de sucesos traumáticos (a partir de Muñoz, 2003).

De esta forma, a lo largo del análisis funcional se desarrollan las hipótesis etiológicas y de mantenimiento para cada problema para terminar construyendo la formulación clínica como el sistema de hipótesis (teoría del caso) por el cual se integran todos los problemas del paciente en un solo modelo explicativo que puede utilizar una o más categorías diagnósticas. Como se ha ido avanzando, la calidad del análisis funcional, de la formulación y, por ende, del proceso completo radica en el sometimiento a contraste de las hipótesis planteadas. Se establece, por tanto, la necesidad de contrastar por distintos procedimientos experimentales, cuasiexperimentales o correlacionales las hipótesis generadas a lo largo de todo el proceso para explicar el origen y mantenimiento de cada problema, así como la formulación global del caso. Además, esta formulación deberá realizarse antes del inicio de la intervención para garantizar y optimizar los tiempos y la eficacia de ésta (Bruch, 1998; Muñoz, 2003; Graña, 2005). Este modo de actuación garantizará la validez de constructo (de la hipótesis, de la interpretación) del proceso de EPC, posiblemente el criterio de calidad más importante por cuanto que engloba a los demás (Silva, 1989). En la tabla 2.10 se resumen las principales estrategias de contraste de hipótesis susceptibles de ser empleadas a lo largo del proceso de evaluación clínica.

Una vez conseguida cierta evidencia respecto a las principales hipótesis planteadas, se puede dar por finalizada la denominada evaluación «a priori» o previa (Carey et al., 1989) y no resta más que diseñar la intervención y el plan de evaluación del cambio para poder empezar a aplicar el tratamiento.

1.3.4. *Diseño del tratamiento*

En la actualidad el acuerdo es prácticamente unánime respecto a la conveniencia de incluir el diseño de la intervención en el proceso de evaluación psicológica; así lo hacen las GAP (Fernández Ballesteros et al., 2001) y los principales autores y modelos mencionados en este capítulo. De esta forma

TABLA 2.10

Principales estrategias de contraste de hipótesis clínicas

El contraste de las hipótesis
El contraste de hipótesis es la base de la calidad de todo el proceso de EPC. Para contrastar las hipótesis es necesaria la combinación de ambos tipos de estrategias de contraste.
Contraste experimental y cuasiexperimental
Las estrategias experimentales o semiexperimentales (experimentos clínicos) se aplican principalmente para el contraste de las hipótesis de mantenimiento y algunas de las más generales de la formulación final. Se utilizan para asegurar las hipótesis más complejas y definitivas, de las que habitualmente ya se dispone de información de contraste correlacional.
Contraste correlacional
El contraste correlacional puede obtenerse por diversas estrategias: — Convergencia /divergencia de información. — Predicciones correlacionales sobre otras variables. — Ajuste a los criterios DSM-IV-TR. — Ajuste a los modelos psicopatológicos. — Ajuste a las leyes de funcionamiento psicológico (por ejemplo: leyes del aprendizaje). — Otras estrategias.

el diseño del tratamiento se convierte en un puente entre la evaluación y la intervención.

A la hora de diseñar el tratamiento, el terapeuta deberá recoger toda la información disponible sobre el caso, especialmente la derivada de la formulación clínica, y tratar de diseñar una intervención que aborde todos los problemas de la persona. La investigación sobre los tratamientos que han demostrado su eficacia con evidencia empírica ha puesto de manifiesto la utilidad de la información diagnóstica a la hora de diseñar un tratamiento. Utilizando una estrategia similar a la seguida por Persons y Tompkins (2007) respecto a los modelos de formulación, puede comenzarse el diseño del tratamiento con una revisión de los tratamientos eficaces disponibles para el diagnóstico principal o de anclaje de la persona y, posteriormente, proceder a personalizarlo considerando todas las variables propias del caso en cuestión. Para facilitar esta tarea en la tabla 2.11 se incluye una lista de los principales tratamientos que han conseguido avalar su eficacia con evidencia empírica (Nathan, Gorman y Salkind, 1999; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).

Una vez revisados los tratamientos disponibles en cada caso, el terapeuta deberá individualizar el mismo. Es decir, la planificación del tratamiento combina los tratamientos estandarizados de manual con la selección de variables independientes susceptibles de modificación en el modelo de formulación y la consideración de los factores personales, contextuales, temporales y las técnicas y estrategias más útiles y apropiadas para la intervención en cada caso. Una de las fórmulas de individualización de los tratamientos más eficaz es la de diseñar una lista de objetivos propios de cada caso y colocar en una columna en paralelo la lista de técnicas de intervención con evidencia empírica útiles para conseguir cada objetivo y, posteriormente, ir seleccionando aquellas más ajustadas al caso en cuestión en función de las variables incluidas en la formulación y relacionadas con esta aplicación concreta (por ejemplo, experiencia previa con cada técnica, posibilidad de contar con coterapeutas, preferencias del cliente, etc.). Para diseñar una lista de objetivos completa y coherente, pueden seguirse las indicaciones que se detallan en la tabla 2.12.

El final de esta tarea es el establecimiento de una lista de objetivos. Un buen momento para abordar con el paciente este tipo de trabajo puede ser la fase final de la entrevista de devolución de información. Una vez planteada a la persona la interpretación y conceptualización de su problema, puede pasarse a sugerir la conveniencia de plantear unos objetivos adaptativos para el tratamiento que comienza. Este hecho ayuda al psicólogo a dirigir la atención del cliente hacia la formulación mientras se discuten los objetivos de la intervención y sitúa esta discusión en un marco, temporal y conceptual, muy adecuado.

Una herramienta que se ha mostrado de gran utilidad en muchos ámbitos de intervención psicológica para cristalizar la personalización de las intervenciones consiste en la redacción de un **plan personalizado de intervención** (PPI) que integre toda la información y recursos disponibles cara a la intervención y obligue al terapeuta a especificar por escrito el plan de intervención para cada persona. En la tabla 2.14 se incluye un ejemplo de esquema de PPI.

El PPI es un instrumento que servirá no sólo para detallar la información relativa al tratamiento, sino que se convierte en una herramienta muy buena para establecer un contrato con el cliente/paciente que facilita, por un lado, el compromiso del paciente con la intervención y, por otro, su consentimiento informado con el plan de intervención (requerimiento legal). El mejor momento para presentar a la persona el PPI es durante la entrevista de devolución de información. Una vez discutidos todos los puntos y acordados los objetivos del tratamiento, puede incluirse el documento del PPI como elemento de compromiso y motivación del cliente.

1.3.5. *Informes y devolución de información*

Aunque no sea el propósito principal de este capítulo delimitar los procedimientos de redacción de informes clínicos, no puede obviarse que la elaboración de informes es una actividad unida a la EPC de forma inseparable. Los **informes** pueden incluir dis-

TABLA 2.11

Tratamientos eficaces con evidencia empírica (a partir de la proporcionada por la División 12 de la APA en su página web)

Trastorno	Tratamiento psicológico
Trastornos por uso de sustancias (alcohol y drogas)	Tratamiento cognitivo-conductuales compuestos (habilidades sociales, reforzamiento comunitario, terapia marital). Tratamientos psicosociales para acompañar los programas de metadona.
Depresión	Terapia conductual. Terapia cognitiva (reestructuración cognitiva). Terapia interpersonal.
Trastorno bipolar	Tratamientos cognitivo-conductuales para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico.
Trastorno de ansiedad generalizada	Terapia cognitivo conductual (relajación y terapia cognitiva).
Fobias específicas	Terapias de exposición.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Terapia cognitivo-conductual (exposición y prevención de respuesta).
Trastorno de pánico (con y sin agorafobia)	Terapia cognitivo-conductual (exposición en vivo, educación, control del pánico, exposición a las sensaciones corporales).
Trastorno de estrés postraumático	Terapias de exposición (DS, inundación, exposición prolongada, implosión). Programas de control de la ansiedad y el estrés.
Fobia social	Programas cognitivo-conductuales (exposición, habilidades sociales, relajación).
Trastornos disociativos	Psicoterapia psicoanalítica. Hipnosis.
Trastornos sexuales	Terapia sexual tipo Master y Johnson.
Trastorno somatoforme (dolor)	Terapia de grupo cognitivo-conductual para reducir el estrés y mejorar el funcionamiento psicosocial.
Esquizofrenia	Rehabilitación psicosocial para mejorar el funcionamiento psicosocial, potenciar las ganancias de la medicación y detener el deterioro.
Anorexia y bulimia	Terapias cognitivo-conductuales compuestas y específicas.
Trastornos del sueño	Terapia cognitivo-conductual (control de estímulos, restricción del sueño, relajación y terapia cognitiva).
Trastornos de personalidad	Tratamiento cognitivo-conductuales compuestos (exposición graduada, habilidades sociales focalizadas en las relaciones íntimas). Terapia dialéctico-conductual. Terapia psicodinámica breve.

TABLA 2.12

Diseño de la lista de objetivos del tratamiento

1.	Los objetivos deben mantenerse en un plano descriptivo, con el menor nivel de inferencia posible.
2.	Los objetivos deben hacer énfasis en conseguir que el sujeto obtenga un nivel de ejecución efectivo en su medio ambiente.
3.	El objetivo debe considerar la especificidad de las situaciones; por tanto, los objetivos deben incluir las situaciones y contextos en su definición.
4.	Los objetivos deben ser individualizados para cada persona y considerar las variables incluidas en la formulación clínica del caso.
5.	Debe considerarse como regla general que siempre es mejor construir que destruir; esto indica que los objetivos deben redactarse en forma positiva, sobre lo que debe ocurrir, mejor que sobre lo que no debe ocurrir.
6.	Deben tenerse en cuenta, igualmente, las jerarquías de habilidades y las conductas de acceso a la hora de señalar los objetivos (conductas clave que permiten el acceso a ambientes en los que es más fácil obtener recompensas).
7.	Los objetivos pueden incluir la modificación de constructos hipotéticos como meta de la intervención (por ejemplo: autoconcepto, autoeficacia).
8.	Los objetivos deben considerar los criterios diagnósticos DSM-IV-TR o CIE-10.
9.	Los objetivos deben tener en cuenta los modelos teóricos que sustentan la formulación del caso.
10.	Los objetivos deben distinguir entre objetivos generales (mejorar la salud y la calidad de vida de la persona) y específicos (propios del caso).
11.	Habrá que considerar, a la hora de formular objetivos, los criterios de adaptación, validez social y legalidad antes de delimitarlos finalmente.
12.	Finalmente, los objetivos deben discutirse con el cliente para su aceptación.

tintos momentos y aspectos del proceso global de evaluación. Pueden existir informes diagnósticos (descriptivos), informes que incluyan los aspectos funcionales del caso como la formulación clínica, informes que se centren en el pronóstico del caso (con o sin tratamiento) o informes que incluyan partes o el total del tratamiento aplicado y los resultados obtenidos. Es decir, pueden redactarse informes de cada aspecto del proceso de EPC por separado o conjuntamente. Igualmente, el informe puede ir destinado a distintos agentes, el propio paciente, la familia, otro profesional de la salud, agentes sociales (por ejemplo, jueces) y un amplio etcétera que resulta imposible recoger en un capítulo como éste. Considerando los contenidos de los distintos tipos de informes clínicos más habituales y el ajuste a los principios, normas, estándares y guías actuales para la comunicación de un informe psicológico clínico, se han elaborado una serie de directrices para la redacción de informes, que se organizan en doce secciones básicas (Pérez Santos, Ausín y Muñoz, 2003; Muñoz et al., 2006). En la tabla 2.15 se presenta un esquema de informe clínico.

A la hora de redactar cada una de las 12 secciones que lo conforman, se tendrán en cuenta las indicaciones acerca del estilo de la redacción del informe que han realizado las principales entidades psicológicas (Artículo 48 *CDP*, COP, 1987; Requerimiento estilístico 2.01-2.05, 2.13-2.17 *REAPA*, APA, 2001; GAP 2.2.3 y 58-63, Fernández Ballesteros et al., 2001).

Para los objetivos de este capítulo, resulta especialmente interesante aquel tipo de informe que se refiere a la devolución de información al propio paciente y que, generalmente, se realiza mediante una **entrevista de devolución de información.** Entrevista que debe servir para explicar al paciente nuestra conceptualización del problema o problemas que

TABLA 2.13

Ejemplo de lista de objetivos y técnicas de intervención para un caso de pánico

Objetivos	Técnicas
Reducir los niveles generales de activación.	Entrenamiento en respiración diafragmática.
Identificar y modificar pensamientos y actitudes en relación al daño potencial de las sensaciones y situaciones asociadas a la aparición de los AP.	Terapia cognitiva tipo Beck.
Mejora de atribuciones en relación a los AP y normas de actuación en AP.	Explicación del decálogo del pánico, curva de ansiedad y mecanismo de evitación y exposición, modelos del miedo al miedo.
Control de las sensaciones de ansiedad del AP.	Exposición interoceptiva a las sensaciones de ansiedad temidas.
Reducir la evitación de situaciones tales como conducir, iglesias, multitudes en el teatro (jerarquía).	Exposición en vivo y gradual a las situaciones temidas.
Adaptación al nuevo trabajo y residencia.	Desdramatización de los efectos de los AP, activación de las habilidades propias del cliente de resolución de problemas sociales.
Deshabituación al diacepam.	Reducción progresiva del consumo bajo supervisión médica.
Ajuste de los esquemas de memoria biográfica de acuerdo con la intervención seguida.	Facilitación de narraciones y esquemas narrativos adaptativos y ajustados a la situación actual.

TABLA 2.14

Contenidos del plan personalizado de intervención

- — Datos personales.
- — Lista de problemas.
- — Diagnóstico y esquema de formulación (opcional).
- — Cuadro objetivos-técnicas de intervención.
- — Planificación temporal.
- — Participantes (familiares, etc.).
- — Compromiso y consentimiento informado.

presenta, las indicaciones terapéuticas que le podemos sugerir y para conseguir la mayor implicación y motivación posible para el cambio durante el tratamiento. Es el momento de buscar un acuerdo respecto a la lista de objetivos y de conseguir el consentimiento informado para el tratamiento; si se hace plan personalizado de intervención, es igualmente el mejor momento para presentarlo y obtener el consentimiento informado y la firma del PPI por parte del cliente. En la tabla 2.16 se presenta un esquema de entrevista de devolución de información que recoge todos los aspectos mencionados.

1.3.6. *Evaluación del cambio*

Finalmente, en el esquema del proceso de EPC propuesto se señala la conveniencia de, en paralelo al diseño del tratamiento, elaborar un plan para la evaluación del cambio durante y tras la intervención que permita valorar el impacto de la intervención en la vida de la persona.

TABLA 2.15

Esquema de informe clínico (Muñoz et al., 2006)

1. Datos profesionales del psicólogo.
2. Datos personales del cliente.
3. Motivo del informe.
4. Motivo de consulta.
5. Biografía clínica.
6. Procedimientos de evaluación y resultados:
   a) Exploración inicial y comportamiento durante la evaluación.
   b) Técnicas de evaluación psicológica y resultados.
7. Diagnóstico.
8. Formulación clínica del caso:
   a) Etiología y curso.
   b) Mantenimiento actual.
   c) Pronóstico.
9. Objetivos de la intervención.
10. Tratamiento.
11. Resultados del tratamiento y recomendaciones tras la intervención.
12. Conclusiones.

En primer lugar, hay que prestar atención a la medida del cambio durante el propio tratamiento. Es necesario disponer de medidas sensibles, rápidas y fáciles de aplicar que sean capaces de indicar hasta qué punto se están consiguiendo, o no, las metas del tratamiento. Igualmente hay que ser capaces de detectar lo más rápidamente posible aquellos problemas que puedan nacer durante la aplicación del tratamiento, como consecuencia de éste o de factores externos que pudieran influir en el curso del mismo. De este modo la evaluación durante el tratamiento está en relación directa con la formulación individual del caso y con el plan de intervención diseñado.

En un marco clínico esta evaluación durante el tratamiento deberá realizarse con estrategias de evaluación muy rápidas y sensibles a pequeños cambios que permitan una evaluación breve y sistemática que pueda convivir con el tratamiento, objetivo central en este momento de la intervención. De hecho, generalmente estas estrategias se integran en «minientrevistas» de seguimiento que, a su vez, se llevan a cabo en los primeros minutos de las sesiones de tratamiento. En la tabla 2.17 se detallan los principales contenidos de este tipo de entrevistas.

En algunas ocasiones este seguimiento sesión a sesión se complementa con alguna técnica estandarizada (cuestionarios o escalas) que pueda ofrecer un índice objetivo del cambio, con la aplicación de autorregistros de contraste con los empleados durante la evaluación previa y con juicios de informadores (familiares, etc.) que ofrezcan, en los momentos clave —cambio de fase de tratamiento, cumplimiento de objetivos importantes, etc.—, una visión externa al proceso de intervención para completar un seguimiento global durante el tratamiento. Resulta muy conveniente ser capaz de monitorizar los cambios y de presentárselos al cliente de forma gráfica y fácil de comprender (gráficos, esquemas, frecuencias, etc.) para provocar una mayor conciencia del cambio y maximizar la reactividad que este tipo de información produce (como puede entenderse este objetivo es más propio del tratamiento que de la evaluación en sí misma).

El proceso de EPC no termina hasta que se haya evaluado la efectividad de la intervención. **Evalua-**

TABLA 2.16

Entrevista de devolución de información

Se anuncia al paciente que la próxima entrevista se dedicará a explicarle nuestra opinión respecto a sus problemas y las opciones de tratamiento que vemos. Se dedica toda la sesión a la devolución de información y debe tenerse preparado todo el material necesario para conseguir una fácil y completa comprensión del funcionamiento de sus problemas por parte del paciente. Se puede utilizar el esquema siguiente: 1. Informar al paciente de que se va a proceder a la devolución de información mediante la presentación del modelo de formulación clínica de su caso y que nos gustaría recoger sus opiniones, dudas, etc., al respecto antes de continuar la intervención. 2. Presentar la lista de problemas definitiva. 3. Presentar la formulación clínica que debe aclarar los mecanismos básicos de funcionamiento del problema (ayudarse de esquemas en papel, pizarras, etc.). 4. Ilustrar cómo funciona el modelo en los distintos problemas del paciente (utilizar ejemplos y secuencias de sucesos reales que le hayan ocurrido al paciente). 5. Explicar el desarrollo de cada problema (utilizando los mismos ejemplos que nos proporcionó el paciente durante la evaluación y el esquema de la línea de vida). 6. Durante todo el proceso, enfatizar los aspectos aprendidos y la modificabilidad de los comportamientos. 7. Presentar la lista de objetivos y discutirlos con el paciente. 8. Subrayar las opciones de tratamiento; siempre que sea posible se presentarán distintas alternativas de intervención para que el paciente pueda seleccionar aquellas que encajen mejor con su estilo personal y sus necesidades actuales. 9. Discutir en detalle todos los aspectos positivos y negativos de cada una de la opciones de tratamiento presentadas. 10. Predecir los posibles obstáculos al éxito de la intervención, anticipar los problemas y las dificultades que pudieran entorpecer el tratamiento. 11. Comunicar al paciente si el terapeuta puede abordar la intervención o si pudiera ser más aconsejable dirigirse a otro profesional o centro que reúna mejores condiciones de atención. 12. Pedir al paciente que realice cualquier comentario que se le pudiera ocurrir respecto a todo lo tratado durante la entrevista. 13. Preguntar al paciente cuál es la mejor opción a seguir desde su punto de vista. 14. Aconsejar al paciente que se tome alrededor de una semana para pensar al respecto y hacer consultas con sus personas significativas (familiares, médico, psiquiatra, sacerdotes, consejeros, etc.). Puede incluso animarse al cliente a que se tome el tiempo necesario y sea él o ella quien tome la iniciativa y pida hora para la siguiente sesión (la primera del tratamiento) cuando se considere preparado/a. 15. Finalmente, contestar todas las preguntas que el paciente realice. Procurar que no queden dudas respecto a lo abordado durante esta sesión.
(Si se elabora un plan personalizado de intervención, presentarlo al final de la entrevista, explicarlo en detalle y pedir a la persona que lo firme como señal de consentimiento y compromiso con él.)

ción de seguimiento que tiene como objetivo principal establecer hasta qué punto se ha producido un cambio en la vida del paciente, cambio que debe afectar a su sintomatología, pero también a su funcionamiento psicosocial, su calidad de vida y, en definitiva, a su salud y bienestar general (Hargreaves, Shumway, Hu y Cuffel, 1998; López y Muñoz, 1995; Newman, Ciarlo y Carpenter, 1999). En primer lugar, interesa conocer con la mayor exactitud posible hasta dónde se ha conseguido cambiar la vida del cliente y qué beneficios se han logrado con el tratamiento. En segundo lugar, la tendencia ac-

TABLA 2.17

Tareas de la minientrevista de seguimiento

Observación	Revisión	Conversación
Indicadores de cambios, por ejemplo: venir solo o acompañado a la consulta, arreglo e higiene personal, etc.	— Tareas para casa. — Autorregistros y diarios. — Cambios en problemas y síntomas concretos (VVDD).	— Estado general el día de la sesión. — Estado general en el período entre sesiones. — Cambios globales en la vida de la persona.

tual nos indica que este momento del proceso de EPC debe permitir también la comparación entre distintas alternativas de intervención en salud mental; por ello debe realizarse un esfuerzo importante por la utilización de medidas de efectividad y resultados consensuadas para que la comparación sea posible (Rush, First y Blacker, 2008). En la mayoría de las ocasiones en la clínica cotidiana este seguimiento se realiza mediante un entrevista telefónica y, en caso necesario, una entrevista de seguimiento con la aplicación de alguna prueba en casos excepcionales.

Como se ha podido observar, el proceso de evaluación clínica comienza antes del primer contacto con la persona y termina meses después de finalizado el tratamiento. La evaluación es imprescindible para describir, explicar e intervenir en los problemas y trastornos psicológicos, y esto es verdad incluso para los mejores terapeutas y los clínicos más inteligentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation.* Nueva York: Guilford Press.

Actualización revisada y completada del texto de 1996 con el mismo título. Es la revisión más completa publicada sobre los modelos de formulación clínica de caso. No es un libro exclusivamente cognitivo-conductual, ya que incluye modelos dinámicos y de consejo psicológico, pero es una referencia clave en el ámbito de la formulación.

Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment.* Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

A pesar de los años, sigue siendo el libro de referencia en este contexto. Se presenta uno de los enfoques de evaluación conductual más completos, se ofrecen las principales bases teóricas y metodológicas que sustentan el proceso de evaluación desde esta perspectiva y las principales estrategias de aplicación con ejemplos muy detallados de las principales aplicaciones. Es un texto imprescindible para cualquiera que quiera acercarse o profundizar en esta disciplina.

Muñoz, M., Roa, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo, A. B. y De Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental.* Madrid: Pirámide.

Libro de compilación de instrumentos de evaluación psicológica en salud mental. Se incluyen más de 300 instrumentos con información sobre su calidad, aplicaciones, dónde encontrarlos, etc. El texto se completa con un listado de páginas web en las que encontrar información sobre los instrumentos y los propios documentos.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica.* Madrid: Síntesis.

Texto del propio autor en el que se describe de forma más detallada todo el proceso de evaluación psicológica clínica. Se incluyen capítulos de cada una de las fases y tareas y se desarrollan en detalle los principales momentos descriptivos y funcionales. Se presenta un caso clínico muy detallado para ejemplificar cada una de las tareas y momentos del proceso.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. A lo largo del proceso de EPC desde la perspectiva cognitivo-conductual debe emplearse una información:

   a) Exhaustiva y cualitativa, ya que siempre es compleja la cuantificación de ciertos procesos psicológicos.
   b) Descriptiva y relevante al caso en cuestión.
   c) Exhaustiva y cuantitativa, ya que siempre será mejor cuantificar los procesos y comportamientos.

2. Siguiendo las GAP (Fernández Ballesteros et al., 2001), el proceso de EPC tiene:

   a) Cuatro fases: análisis del caso, organización e información de los resultados, planificación de la intervención y valoración y seguimiento.
   b) Tres fases: análisis descriptivo, análisis funcional y diagnóstico.
   c) Cuatro fases: exploración inicial, formulación, evaluación durante el tratamiento y seguimiento.

3. En el proceso de EPC desde la perspectiva cognitivo-conductual se pueden emplear:

   a) Todas las técnicas de evaluación, ya que la interpretación de éstas se someterá a contraste.
   b) Solamente aquellas técnicas que reúnan una evidencia empírica muy importante, ya que los datos deben ser siempre empíricos.
   c) Solamente las técnicas desarrolladas dentro de este mismo enfoque para dotar de coherencia a la evaluación.

4. El análisis descriptivo incluye solamente:

   a) La lista de problemas y el análisis de secuencias.
   b) La lista de problemas, el análisis de secuencias, la línea de vida y el diagnóstico.
   c) La lista de problemas, el análisis de secuencias, la línea de vida y las variables de la persona y del contexto.

5. En el presente capítulo se ha defendido que el análisis funcional hace referencia a:

   a) La explicación del funcionamiento de cada problema.
   b) La explicación del funcionamiento global del caso.
   c) Se ha equiparado a la formulación clínica.

6. El diagnóstico DSM-IV-TR o CIE-10 resulta:

   a) Imprescindible en toda evaluación clínica.
   b) Es una actividad descriptiva y clasificatoria.
   c) Tiene una relación directa con el análisis descriptivo, pero es totalmente independiente del análisis funcional.

7. La formulación clínica del caso debe incluir información sobre:

   a) La etiología, curso, mantenimiento y pronóstico del caso.
   b) Sobre el mantenimiento y el pronóstico; la etiología y el curso, al ser pasados, nunca podrán incluirse en la formulación.
   c) Sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales para mantener un enfoque integrador.

8. La máxima calidad de la información de un EPC reside en:

   a) El contraste de las hipótesis diagnósticas.
   b) El contraste de las hipótesis del análisis funcional del problema principal.
   c) El contraste de las hipótesis de formulación del caso.

9. A la hora de diseñar un tratamiento cognitivo-conductual, parece que la alternativa más completa y coherente es:

a) Diseñar el tratamiento a partir de la formulación clínica.
b) Diseñar el tratamiento a partir del diagnóstico y las terapias con evidencia empírica.
c) Combinar estrategias nomotéticas (diagnóstico y terapias estandarizadas de manual) e ideográficas (formulación y diseño personalizado del tratamiento).

10. La forma más adecuada de desarrollar la evaluación durante el tratamiento es:

a) Realizar sesiones especiales de evaluación en momentos clave (fin de una fase, consecución de objetivos, etc.).
b) Mantener un enfoque de evaluación continua con pequeñas entrevistas en cada sesión acompañadas de autorregistros, cuestionarios y entrevistas con informantes en momentos clave.
c) No es adecuado evaluar durante el tratamiento, es mejor dejar la evaluación para el final de éste y el seguimiento.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	a	a	c	a	b	a	c	c	b

GUÍA DE ENTREVISTA CLÍNICA GENERAL

1. Interacción inicial

1.1. Observación de las características de la persona (puntualidad, arreglo personal, movimientos, estado general, cooperación...).
1.2. Conversar, incluir preguntas de exploración inicial (orientación temporal, espacial, mantenimiento de la atención...).
1.3. Si es necesario, incluir pruebas de exploración inicial (por ejemplo: Mini-Mental, test del reloj, pruebas sencillas cognitivas, etc.).

2. Delimitación inicial de los problemas

2.1. ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta? (no interrumpir, esperar en silencio e insistir), ¿quiere usted contarme algo más acerca de ello?
2.2. En la actualidad, ¿tiene usted alguna otra preocupación o problema? (repasar ámbitos principales: familia, trabajo, ocio, etc., y buscar sucesos vitales estresantes en los últimos seis meses) (lista de problemas).

> Considerar el uso de la entrevista de detección o alguna parte de ella en este momento (preguntas clave).

2.3. De todos los problemas que me ha contado, ¿cuál considera usted más importante o urgente? (orden de la lista de problemas).

3. Análisis de secuencias actuales

(Empezar por el problema más importante de los mencionados por la persona. Las preguntas pueden repetirse por cada problema o puede optarse por dejar algunas para entrevistas posteriores.)

3.1. Puede describir con exactitud todo lo que ocurre en esas ocasiones.
Cuénteme, como en una película, la última vez que le ha sucedido, o se ha sentido de ese modo (si hay dificultades de recuerdo, pueden utilizarse estrategias para revivir la situación en imaginación) (secuencia más reciente).

3.2. ¿En qué situaciones o momentos aparece el problema? ¿Qué personas están presentes y qué están haciendo? ¿Qué está usted haciendo o pensando justo antes de empezar el problema? ¿Qué siente en esos momentos previos al problema?

(A partir de la identificación del comienzo de la secuencia, continuar el análisis de la misma: para cada situación, momento o comportamiento, identificar el orden de aparición en la secuencia y las relaciones de contingencia —las probabilidades de aparición y no aparición—. La secuencia termina cuando ha pasado el problema —«ha pasado lo peor»—, se producen cambios de actividad, etc. Si no se consigue identificar un comienzo, puede ser útil iniciar el análisis cuando el problema ha aparecido e ir dando pasos hacia atrás.)

4. Historia clínica

4.1. ¿Cuándo le ocurrió este problema por primera vez? ¿Cuándo se lo contó a alguien o requirió ayuda profesional?

4.2. Intente recordar aquella primera ocasión, ¿podría describirla como hemos hecho con la más reciente?, como en una película (primera secuencia).

4.3. Hábleme un poco de aquella época, ¿qué hacía usted por aquel entonces? (recordar ámbitos principales y buscar sucesos vitales estresantes de aquella época).

4.4. Desde entonces, ¿podría decir que el problema ha mejorado, ha empeorado...? (analizar cada período de mejoría o recaída, atender a los posibles ciclos, buscar posibles relaciones con sucesos vitales estresantes, analizar los efectos de posibles tratamientos anteriores...).

4.5. Intente recordar la ocasión en que el problema fue peor, más grave, cuándo se sintió peor... ¿puede describirlo como en una película? (buscar sucesos vitales estresantes) (secuencia más grave-intensidad).

4.6. Intente también describir alguna de las ocasiones más leves (el problema debe aparecer, pero de forma muy leve) (secuencia más leve-intensidad).

4.7. ¿Han existido ocasiones excepcionales en las que el problema ha aparecido con alguna particularidad o de forma diferente?

4.8. ¿Cómo es la situación actual con relación a las anteriores? (intensidad).

(Hacer lo mismo con cada problema hasta completarlos todos; puede emplearse la línea de vida con el cliente.)

5. Situación vital actual

5.1. Con relación a su situación actual, ¿cómo es su vida en la actualidad? (trabajo, estudios, vida familiar, amigos, ocio, vida sexual, sueño, drogas, etc.) (DSM-IV eje IV; CIE-10 eje II; problemas psicosociales y ambientales que puedan incidir en el problema).
5.2. ¿Tiene usted algún (otro) problema de salud? ¿Está en tratamiento médico o toma medicinas para algo? (DSM-IV eje III).

(Esta área puede utilizarse para recoger información a la vez que se relaja a la persona y se la distrae para controlar la carga emocional de la entrevista.)

6. Importancia del problema

6.1. ¿Hasta qué punto está afectando este problema a su vida? (recordar ámbitos principales, explorar las consecuencias del problema —por ejemplo, alcohol, drogas e ideas suicidas—) (DSM-IV eje V).
6.2. ¿Toma medicación o sigue algún otro tratamiento para solucionarlo?
6.3. ¿Se lo ha contado a alguien? ¿A quién? (si no se lo ha contado a nadie, ¿por qué no?) (apoyo social).
6.4. ¿Cómo se han tomado el problema las personas más cercanas a usted? (apoyo social).

7. Análisis de parámetros

7.1. ¿Cuántas veces le ocurre este problema al día, a la semana...? ¿Cuántas veces ayer, la última semana...? (frecuencia).
7.2. Confirmar la duración de las secuencias que ha ido contando (usted me dijo que la última vez que pareció el problema desde el principio hasta que había pasado lo peor, o estaba totalmente bien, pasaron... (seg., min., horas...) (duración).

(Ya se conoce la intensidad. Las relaciones de contingencia pueden establecerse durante las preguntas de secuencias de esta entrevista, dejarlas para una segunda entrevista o ayudarse de una autoobservación u observación.)

8. Diagnóstico DSM-IV/CIE-10

En este momento se debe disponer de suficiente información para avanzar un diagnóstico DSM-IV (cinco ejes) o CIE-10 (tres ejes) que se confirmará posteriormente. Si no se tiene suficiente información, pueden incluirse preguntas específicas

para el diagnóstico. (No centrarse exclusivamente en el problema principal, valorar todos los conocidos e investigar con preguntas de detección los relacionados.)

9. Otras variables de interés

9.1. ¿A qué ha atribuido usted la aparición de su problema? ¿Y su mantenimiento? (causalidad percibida, atribuciones, narración emocional).
9.2. ¿Con qué recursos personales podría contar usted para hacer frente al problema? (buscar variables positivas: fortalezas, resiliencia, etc.).
9.3. ¿Hasta qué punto le interesa a usted solucionar este problema? ¿Ha intentado hacer algo para solucionarlo? (motivación para el cambio).
9.4. ¿Qué hace usted por sí mismo para solucionar el problema? (insistir en el «por sí mismo»), ¿qué resultado le ha dado o le está dando ahora? (recursos de autocontrol).
9.5. ¿Qué personas cercanas a usted le han ayudado? ¿Quién podría ayudarle? (apoyo social).
9.6. ¿Qué espera usted conseguir con esta intervención? ¿Qué espera usted del tratamiento psicológico? (expectativas de cambio).

10. Recapitular y devolver la información (aprovechar para contrastar la información recogida con la persona)

11. ¿Cómo se siente usted después de haber venido a la consulta? ¿Ha sido como usted esperaba?

12. Indicar las «tareas para casa», si las hubiera (cuestionarios, autorregistros, diarios, traer informes, hablar con familiares para pedirles que vengan, etcétera)

(Recordar que la entrevista tiene que terminar de forma agradable y con un tono afectivo positivo, al menos mejor que empezó. Recordar igualmente que el esquema propuesto debe ser flexible y el clínico debe esforzarse en adaptarlo a cada caso y situación.)

Entrevista 3

LUIS MARÍA LLAVONA URIBELARREA

1. INTRODUCCIÓN

La entrevista, entendida como procedimiento de obtención de información mediante la conversación con una o varias personas en la que se indaga mediante preguntas orientadas, *continúa siendo el instrumento más utilizado en la evaluación psicológica en general y en la evaluación conductual en particular.* Así lo vienen poniendo de relieve históricamente los sucesivos estudios que se publican. Los datos ofrecidos por Norcross, Prochaska y Gallagher (1989), que reflejaban que el 96 por 100 de los psicólogos clínicos utilizaban la entrevista y que en ella consumían el 39 por 100 del tiempo total que dedicaban a la evaluación, no difieren de los que se encuentran en las encuestas realizadas a los terapeutas de conducta respecto a su práctica, tanto en los comienzos del desarrollo de la evaluación conductual (Swan y McDonald, 1978; Wade, Baker y Hartmann, 1979) como veinte años después (Elliot, Miltenberger, Kaster-Bundgaard y Lumley, 1996): más del 90 por 100 de los terapeutas de conducta utilizan la entrevista en la evaluación de sus pacientes y más del 90 por 100 de los pacientes que demandan ayuda la han recibido.

No es extraño que aparezca como el instrumento más utilizado, y casi indispensable (Gross, 1984), porque *la realización de una entrevista suele ser el modo inicial de proceder en el proceso de evaluación psicológica* (Ey y Hersen, 2004). Mediante la entrevista, el evaluador realiza la primera exploración del paciente que le ha de permitir obtener una información global sobre él, su problemática y sus circunstancias. Esta realidad de ser un *primer método general de obtención de información* probablemente se derive, aunque parezca paradójico, de su cualidad de ser un *instrumento económico,* si se atiende a su relación coste/beneficio ante la primera evaluación de pacientes de los que no se tiene información previa. En efecto, debido al *feedback inmediato* que se produce respecto a las preguntas que se plantean, y a la *realimentación* que permite este feedback (la respuesta a una pregunta determinará la pregunta siguiente), se puede agilizar el proceso de conocimiento. Además, posibilita que exista una gran *flexibilidad* en el proceso de indagación, tanto en la distribución del tiempo que se dedicará a cada elemento del que se recaba información como respecto a la diversidad de temas que se pueden abordar y a la profundidad con que se incida en cada una de ellos. Así, se puede distribuir el tiempo que se dedica a cada aspecto de la entrevista según las necesidades que se vayan evidenciando en su transcurso, pudiendo, por ejemplo, consumir poco tiempo y esfuerzo en la realización de un descarte de áreas problema y dedicar más tiempo a profundizar en determinadas áreas, situaciones o conductas problema específicas que hayan resultado ser de interés.

A todo lo anteriormente expuesto debe añadirse también que la entrevista puede considerarse como un auténtico *elemento vertebrador del proceso de evaluación,* en cuanto que, como instrumento general indirecto de obtención de información, puede desempeñar un doble papel en un proceso de evalua-

ción multimétodo y multiinstrumentos como es el proceso de evaluación conductual (Heiby y Haynes, 2004). Por una parte, a partir de los datos que en ella se obtienen, podrá orientar sobre qué instrumentos específicos (entrevistas a otras personas, determinados autoinformes o cuestionarios, autoobservación, observación, registros psicofisiológicos) serán los más adecuados para confirmar/cuantificar la existencia de determinadas conductas problemas, a qué personas se deberán aplicar, en qué situaciones y en qué momentos. Pero, además, permitirá, a su vez, clarificar con los pacientes los datos que se van evidenciando a partir de esos otros instrumentos aplicados y determinar el curso futuro de la entrevista.

2. MARCO TEÓRICO DE LA ENTREVISTA CONDUCTUAL

La primera cuestión que conviene tener presente cuando se abordan las bases teóricas de la entrevista conductual es que no existe un único tipo de entrevista clínica. Como bien señalan Davison y Neale, «la entrevista clínica no sigue un curso prescrito, sino que varía con el paradigma adoptado por el entrevistador... *El paradigma dentro del que un entrevistador opera determina el tipo de información buscada, cómo es obtenida y cómo es interpretada*» (Davison y Neale, 2001, p. 79; cursiva en el original. Citado por Barbour y Davison, 2004, p. 181). En el caso de la entrevista conductual, el *paradigma de referencia* será el *enfoque conductual,* que resalta la importancia de tomar las conductas como el elemento fundamental de análisis del funcionamiento humano y señala a las condiciones situacionales actuales (tanto ambientales como orgánicas) como las responsables (controladoras) de los procesos que regulan esos comportamientos. Además resalta el papel especial que en la adquisición-regulación de los comportamientos desempeñan los procesos de aprendizaje-condicionamiento, sin excluir otros procesos que hayan demostrado su relevancia a través de las investigaciones desarrolladas por la psicología científica-experimental.

Por tanto, el *tipo de información* que la entrevista conductual ha de buscar será la especificación de las conductas en situaciones, tanto las conductas que suponen un problema actualmente para un individuo y las situaciones en las cuales se evidencia ese problema como las conductas que se desea que ocurran en determinadas situaciones. En cuanto a *cómo es obtenida la información,* el desarrollo de la entrevista se producirá mediante un proceso directivo semiestructurado en el que se demandarán descripciones de secuencias de funcionamiento a través de las cuales se puedan apreciar los comportamientos objeto de análisis/intervención y los sucesos (condiciones) anteriores y posteriores (Barbour y Davison, 2004). Esta información podrá referirse tanto al momento presente como a períodos anteriores o al futuro. Respecto a la *interpretación de la información,* se realiza desde los modelos teóricos conductuales propuestos para la explicación del funcionamiento humano general (por ejemplo, las leyes del aprendizaje) y desde modelos específicos que muestran los procesos responsables de conductas problema concretas (por ejemplo, los diversos modelos conductuales de la conducta anormal o los modelos de los que se derivan las intervenciones que han demostrado eficacia) (O'Donohue y Ferguson, 2004). Debe remarcarse que el conocimiento de modelos explicativos de diversos problemas será de gran utilidad para el entrevistador porque orientará tanto hacia la indagación de determinadas conductas problema como objeto principal de análisis como en la búsqueda de situaciones que hagan más probable las relaciones funcionales entre la conducta y las condiciones estimulares que postula ese modelo, y permitirá integrar más fácilmente los datos obtenidos en relación con ese problema.

Por otra parte, al realizarse la entrevista conductual integrada en un proceso de evaluación conductual (Llavona, 1984; Silva, 1993; Fernández Ballesteros, 1994), su finalidad será contribuir a lograr los fines de este proceso. Por tanto, el ***objetivo*** de la entrevista conductual será proporcionar información que posibilite:

- Identificar las conductas problema.
- Definir las conductas problema (análisis topográfico y funcional).

— Establecer los objetivos de la intervención (eliminación de conductas inadecuadas y desarrollo de conductas adecuadas).
— Seleccionar una estrategia de intervención.
— Evaluar los resultados de la estrategia de intervención.

En cualquier caso, no debe olvidarse que la señal distintiva del proceso de evaluación conductual sigue siendo el análisis funcional de conducta (Mash y Hunsley, 2004), y tal vez en la contribución a este análisis sea donde radica el punto fuerte de la entrevista conductual.

A la luz de lo expuesto hasta aquí, resulta evidente, para los clínicos que quieren llevar a cabo una evaluación conductual, la ***necesidad*** de realizar una entrevista conductual. Sin embargo, su utilidad se ha visto cuestionada en la última década con la aparición de publicaciones que listan «tratamientos empíricamente validados» en relación con problemas psicológicos definidos sobre criterios diagnósticos psiquiátricos (DSM), y con la consiguiente aparición de entrevistas diagnósticas estructuradas generales y específicas para diversos problemas. La argumentación fundamental es que, si se dispone ya de tratamientos empíricamente validados (en buena medida tratamientos conductuales) para determinados problemas psicológicos (patologías), la «entrevista diagnóstica» será el elemento clave para identificar el tipo de problema que presenta un paciente, al que se le habrá de aplicar el tratamiento correspondiente disponible. Sin embargo, reconociendo el gran avance que ha supuesto para la psicología clínica el que se disponga de determinadas técnicas/procedimientos que hayan probado su eficacia para tratar cierto tipo de problemas, debe tenerse presente que el abordaje de la realidad clínica es bastante más complejo de lo que podría deducirse del planteamiento diagnóstico-tratamiento empíricamente validado.

En primer lugar, no todos los pacientes que solicitan ayuda psicológica y presentan problemas que les suponen sufrimiento y deterioro en el desarrollo de su vida cotidiana pueden clasificarse en las distintas categorías diagnósticas: los «problemas del vivir» no se agotan en las categorías diagnósticas DSM.

Por otra parte, el DSM presenta deficiencias importantes en su función descriptiva-clasificatoria que pueden poner en cuestión su validez para encajar la realidad del paciente en sus categorías diagnósticas (Widiger, 1997). Así, por ejemplo, cuando se utiliza en una investigación la categoría *no especificado,* respecto a una clase diagnóstica, es a menudo el diagnóstico más frecuente. Además, los problemas que presentan los pacientes con frecuencia no pueden ser delimitados por una sola categoría, apareciendo un alto porcentaje de casos en los que se diagnostican varios trastornos. El fenómeno de la «comorbilidad» aparece en una magnitud del 56 al 60 por 100 de pacientes, tanto en muestras de la comunidad como en muestras clínicas (Nelson-Gray y Paulson, 2004), dejando una puerta abierta al interrogante sobre la concurrencia de trastornos mentales múltiples o la existencia de un único problema al que se le están dando varios diagnósticos (Widiger, 1997).

Además, la entrevista diagnóstica se centra más en detectar los funcionamientos inadecuados o patologías que han de ser eliminados (objetivos de intervención de la categoría), mientras que la entrevista conductual resaltará también los funcionamientos positivos deseados por el paciente (objetivos de intervención individuales) y los «activos» o recursos con que cuenta para lograr un funcionamiento adecuado.

En relación con la aplicación de un tratamiento una vez obtenido un diagnóstico, nos encontramos con el dilema de que para un mismo tipo de trastorno se dispone de varios tratamientos empíricamente validados (derivados de orientaciones teóricas distintas, e incluso intervenciones diversas dentro de un mismo enfoque teórico), cuya selección e idoneidad para cada caso concreto se remiten a la valoración del clínico, valoración que ha de hacerse con otra información «complementaria» al diagnóstico. (Puede consultarse el excelente trabajo de Vázquez, Nieto, Hernangomez y Hervás [2005]: en su apartado 9.1, *Aspectos clínicos y epidemiológicos de la depresión,* aparecen reflejados los problemas que estamos poniendo de relieve referidos específicamente a la «clínica de la depresión».)

Por último, debe considerarse que, desde la evaluación conductual, la «entrevista diagnóstica» pue-

de desempeñar el papel de ser uno de los «multiinstrumentos» a utilizar, igual que lo puede ser un cuestionario específico, para sugerir diversos patrones de respuesta entre los que se ha encontrado covariación y para ayudar en la clasificación/comunicación del tipo de problema que presenta el paciente, pero no reemplazar a la entrevista conductual (puede encontrarse una buena referencia de la entrevista diagnóstica en Vázquez y Muñoz, 2002, y en Barbour y Davison, 2004).

3. PROCEDIMIENTO

3.1. Estructuración del rol de entrevistador y entrevistado

Una de las primeras tareas que resulta adecuado realizar cuando se comienza una entrevista es la estructuración del rol del entrevistador y del entrevistado: la aclaración de lo que el entrevistador va a hacer, y en qué condiciones, y del funcionamiento que se espera del entrevistado (Edelstein y Yoman, 1991).

Para lograr este propósito, se debe dar una pequeña *explicación de la necesidad y utilidad de la entrevista*. Se le expondrá que, para poder comprender lo que ocurre (el problema) y poder ayudarle, se necesita conocer con profundidad y de una manera exhaustiva lo que está sucediendo ahora y todo el proceso por el que se ha llegado hasta aquí. Por esto, se le van a realizar preguntas concretas de muy distinto tipo sobre aspectos muy diversos del problema, de su vida y de su entorno, de modo que el psicólogo pueda tener la información necesaria.

En relación con la necesidad de que el cliente nos proporcione la información suficiente, se le explicitará la *necesidad de colaboración:* el entrevistado es el principal proveedor de la información que se necesita para comprender el problema, y en muchas ocasiones el único. Por tanto, su colaboración resulta imprescindible para proporcionar la información adecuada. En ese sentido, se espera de él que intente recordar los sucesos sobre los que se le pregunta con la mayor precisión que sea posible y que informe de ellos con exactitud.

Dentro de esta necesidad de colaboración, ha de entrar el *compromiso de veracidad:* compromiso explícito de que la información que se proporciona es veraz. Se puede complementar con la indicación de que si hay algún tema del cual no quiera hablar, al menos por el momento, lo manifieste, o bien al inicio de la entrevista o cuando se le pregunte ese tema.

Complementario con la demanda del compromiso de veracidad es asegurar al entrevistado el *resguardo de su intimidad,* es decir, que el entrevistador indagará en cualquier rincón de su vida pero sólo en la medida en que sea necesario para la evaluación del caso, sin investigar en parcela alguna que no resulte estrictamente relevante para este propósito; y la *confidencialidad:* proteger la información que proporcione, en lo que se refiere a la no divulgación, custodia y buen uso que se ha de hacer de ella.

Una cuestión que pocas veces se hace explícita al entrevistado es que la *entrevista* es *semiestructurada;* por tanto, hay unos contenidos determinados por los que se le va a preguntar y que deben ser completados. El que el sujeto tenga presente este hecho, que se puede favorecer incluso con la presencia física de las hojas que contienen la pauta de entrevista, dará idea de que en la entrevista se está llevando a cabo una tarea concreta (la de obtener una información determinada en un tiempo determinado), pudiendo ayudar a que sea menos probable que el paciente se eternice en divagaciones o en narraciones interminables.

Por último, parece también adecuado *resaltar la directividad* de la entrevista: las preguntas que se le van a hacer tienen como finalidad que el psicólogo pueda comprender lo que ocurre; por tanto, él debe determinar qué cosas quiere saber, la profundidad y en qué momento. Por esto el entrevistador ha de conducir la entrevista y llevar el peso respecto a los temas a preguntar, el orden a seguir en la recogida de información y la amplitud de ésta.

Así, conviene dejar claro que en el entrevistador recae la responsabilidad de la entrevista y que el entrevistado no debe estar con miedos respecto a si lo está haciendo bien, porque corresponderá al psicólogo decidir cuándo debe profundizar en un tema, repreguntar para precisar o aclarar una cuestión,

cambiar de tema, etc., y, en definitiva, cuándo tiene la información suficiente. No debe olvidarse que la entrevista es un instrumento que se emplea por «decisión» del profesional para obtener una información muy determinada que necesita conocer, y no una ocasión para la comunicación libre-ilimitada del cliente.

El lograr una estructuración con la utilización de esta estrategia ha de ayudar en la entrevista a que se establezca mayor colaboración, a facilitar que el sujeto proporcione una información más fiable y útil, a que se encuentre más orientado sobre lo que se espera de él, a que la información requerida se obtenga con menor coste y a que el proceso sea más fluido.

3.2. Pasos en la realización de la entrevista

La realización de una entrevista puede concebirse como un proceso de descubrimiento en el que el entrevistador tiene el apasionante reto de descubrir qué tipo de problema/s tiene el paciente, cómo se concretan esos problemas, por qué le ocurren y cómo llegó hasta esa situación. A modo de un rompecabezas, el psicólogo debe ir uniendo todos los elementos de información hasta lograr formar una unidad con sentido.

Para la realización de esta indagación es conveniente, además de no perder de referencia los objetivos de la entrevista conductual, contar con alguna guía o pauta de entrevista que nos oriente en el proceso de recoger, de un modo organizado, los aspectos relevantes que debe conocer un evaluador conductual para cumplir su cometido respecto al problema que se presenta.

Existen multitud de guías, muy similares, que orientan sobre los contenidos que deben indagarse, explicitando en mayor o menor medida las preguntas concretas que se debe hacer a los pacientes. Aquí se va a tomar como modelo la *pauta de entrevista general* (Llavona, Carrasco y Carrasco, 1977) (véase la tabla 3.1), que no sólo servirá como orientación para el tipo de preguntas a efectuar y el curso que se puede seguir en el proceso de indagación para obtener una información ordenada, sino que también ha de utilizarse como criterio para decidir si se ha obtenido suficiente información.

La pauta está dividida en seis apartados:

1. Delimitación de la conducta problema.
2. Importancia del problema.
3. Parámetros de la conducta problema.
4. Determinantes de la conducta problema.
5. Evolución y desarrollo.
6. Expectativas y objetivos.

El primer paso que se da está destinado a la identificación de la conducta problema, porque se asume que es más eficiente, para reunir información productiva en menor tiempo, centrarse en funcionamientos inadecuados concretos (saber qué comportamientos problema presenta), para pasar posteriormente a conocer aspectos más generales: ir de lo concreto a lo general. En lugar de emplear un tiempo en diversas disquisiciones sobre «el sufrimiento» que un paciente está atravesando en este momento, la angustia que le invade y le imposibilita disfrutar de la vida o el período de rebeldía en que se encuentra el hijo adolescente, será más útil conocer que el paciente sufre al no poder enfrentarse adecuadamente a la relación cotidiana con sus compañeros, que cree que no va a poder hacerse con el nuevo cargo al que le han ascendido y por lo que se encuentra agobiado, o que el hijo adolescente descuida los estudios y presenta un «look» que disgusta al padre. Conocer los funcionamientos específicos que suponen un problema para el paciente dará sentido y será el referente de toda la información que proporcione la entrevista.

A continuación se aconseja indagar en la importancia que tiene este problema para el sujeto, cómo afecta a su vida, en lugar de proceder inmediatamente a la especificación técnica de esos comportamientos. El motivo de esta decisión es doble. Por una parte, permitirá valorar la gravedad del problema por su implicación personal y social en un momento temprano de la entrevista, lo que puede resultar útil para poder tomar diversas decisiones como la exploración de algún otro problema, la derivación a otro profesional o a otra institución, etc. Por otra parte, para el paciente puede suponer cerrar un es-

TABLA 3.1

Pauta de entrevista general

1. *Delimitación de la conducta problema*
1.1. Describa el problema por el que ha venido.
1.2. Explique con exactitud qué es lo que le pasa o siente.
1.3. Describa detalladamente la última vez que le ocurrió esto.
2. *Importancia del problema*
2.1. ¿Cómo afecta el problema a su vida (en el trabajo, en su casa, en relación con otras personas?
2.2. ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con usted?
2.3. ¿En qué medida está interesado en solucionar este problema?
3. *Parámetros de la conducta problema*
3.1. ¿Cuántas veces le ocurre al día, semana...?
3.2. Describa con el máximo detalle la vez que el problema tuvo más intensidad, la que fue más fuerte, la que se sintió peor.
3.3. Recuerde ahora, también con los máximos detalles que pueda, la vez que el problema tuvo menor intensidad.
3.4. ¿Cómo sitúa lo que le ocurre ahora en relación con los dos episodios anteriores?
3.5. ¿Cuánto tiempo dura la conducta problema cada vez que aparece?
4. *Determinantes de la conducta problema*
4.1. ¿En qué situaciones aparece (en qué lugares, con qué personas, a qué horas, qué días)?
4.2. ¿Qué está haciendo usted cuando aparece el problema?
4.3. ¿Qué hace usted u otros después, o qué cosas suceden posteriormente?
4.4. ¿Qué se dice usted cuando ocurre el problema (antes, mientras, después)?
5. *Evolución y desarrollo*
5.1. ¿Cuándo esto que le sucede empezó a ser para usted un problema?
5.2. ¿Qué pasó entonces?
5.3. ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado? (buscar algún punto de referencia para concretar fechas aproximadas). ¿Qué cosas pasaron entonces?
5.4. ¿Qué circunstancias hacen que el problema se agrave, disminuya o desaparezca? ¿A qué cree que es debido?
5.5. ¿A qué «causas» atribuye usted la aparición del problema?
6. *Expectativas y objetivos*
6.1. ¿Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar su problema (por sí mismo, médicos u otros profesionales que ha visitado, tratamientos que ha seguido, si toma medicación actualmente)?
6.2. ¿Qué resultados le ha dado?
6.3. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

FUENTE: Llavona, Carrasco y Carrasco (1977).

quema lógico de la información que tiene que suministrar al psicólogo: qué le pasa y cómo le afecta. Piénsese que la indagación de los parámetros y determinantes del comportamiento es un tema de gran interés para el evaluador, pero no supone una temática de especial interés para el entrevistado, que no siempre alcanza a comprender la importancia de la especificación de esos elementos, y tampoco le supone una función catártica, a diferencia de los apartados anteriores.

Una vez terminada esta fase de recogida de la información que el paciente considera fundamental sobre su problema, se estará en disposición de centrarse en datos concretos que ayuden a definir la conducta en relación con sus parámetros y determinantes.

Después, y sólo después de conocer la conducta problema y sus posibles determinantes, se pasará a preguntar por su origen y evolución. El conocimiento del proceso que dio inicio a un problema sólo se podrá lograr cuando tengamos un problema bien delimitado. Al abordar la evolución de un problema determinado, los datos relevantes que se obtengan serán de utilidad para confirmación o contraste con los que se poseen respecto a la situación actual. Explorar el desarrollo y evolución de un «problema», sin especificar comportamientos, arrojará información general no operativa ni para determinar procesos responsables ni para servir de comparación con la situación actual.

Por otra parte, el conocer por qué se originó un comportamiento problema, y cuál y cómo fue su evolución, si no siempre es útil para el evaluador (en el sentido de orientar sobre el proceso de mantenimiento actual), sí será de utilidad para que el paciente pueda tener una mayor comprensión-explicación racional sobre lo que le ha estado pasando; y en el caso de comenzar una terapia, para que el terapeuta utilice esa información como referencia real de procesos de funcionamiento inadecuados.

Finalmente, el último apartado está destinado a lograr que el entrevistado indique los objetivos finales que desearía lograr en un tratamiento, los cambios que considera necesario realizar en su funcionamiento. Además, se pretende conocer por qué hasta ese momento no ha podido realizar los cambios que quiere conseguir. El saber este aspecto también será importante en el caso de iniciar una terapia porque servirá como punto de partida y, como contraste, para explicar al sujeto por qué está en esa situación (qué cosas no se han hecho o se han hecho inadecuadamente) y por qué puede cambiar (qué cosas distintas se van a hacer, o de distinta manera).

3.2.1. *Delimitación de la conducta problema*

La primera cuestión que debe resolver todo entrevistador, y quizá la más importante, es descubrir qué le ocurre al paciente para que pida ayuda, u otros le hayan remitido a un psicólogo. Debido a su relevancia, no importa emplear tiempo en este apartado porque de su aclaración depende el resto de la entrevista. Para facilitar este logro se propone un proceso de tres pasos que irá llevando rápidamente al sujeto de lo general a lo concreto, haciendo pasar el caudal de la información como por un «cuello de botella» (Kerlinger, 1973).

El *primer paso* tiene como objetivo *conocer el «tipo de problema»* que presenta el cliente de entre todos los «problemas psicológicos» posibles: es un problema que tiene que ver con el sueño, con miedos, con la sexualidad, con la bebida, con la relación de pareja, etc., esta información se puede generar haciendo preguntas del tipo:

> «Describa el problema por el que ha venido.» «Cuénteme qué es lo que le ocurre.» «Qué sucede...» «Usted me dirá...»

Ha de tenerse presente que, al ser ésta la primera vez que el paciente le da al psicólogo información sobre su problema, es muy probable que conteste con el contenido de un «guión», más o menos estructurado, que lleve preparado y que responda a la pregunta «¿Qué le voy a contar al psicólogo cuando me pregunte qué me pasa?». Este guión suele ser un resumen de los aspectos que él considera más relevantes del problema y de su evolución. Es conveniente, si no se alarga en exceso (unos 10-15 minutos), permitir que «suelte de un tirón» esa información sin hacer especiales comentarios, ni pedirle preci-

siones. Así, en primer lugar, es probable que hayamos satisfecho sus objetivos (poder contarle al psicólogo lo principal de lo que considera que debe saber sobre su problema), y, en segundo lugar, al haberse «vaciado» momentáneamente (haber terminado de contar lo que tenía que contar), facilitar el que sea el entrevistador el que tome las riendas de la entrevista a partir de ese momento y la dirija hacia los puntos que considere pertinentes.

Por lo general, en esa narración suele quedar patente de qué «tipo de problema» se trata. En caso de que se evidencien varios problemas, se deberá elegir el que a juicio del entrevistador parezca más relevante y avanzar en su indagación hasta completar el apartado «importancia del problema», y posteriormente realizar la misma operación con los demás problemas.

Una vez que nos hayamos «situado» en un área problema (incluso si todavía existe cierta confusión), el *segundo paso* será *especificar las conductas concretas que suponen problema.* Se debe saber qué comportamientos específicos son un problema: porque ocurre algo que no debería ocurrir (exceso) o porque no ocurre algo que debería ocurrir (déficit). Ha de tenerse presente que suele plantear mayor dificultad detectar déficit de conducta, al tener que buscar la conducta cuya funcionalidad restablecería la adecuación de esa situación problema, que no los excesos, que resultan más evidentes.

Para rastrear esos comportamientos se ha de atender a los tres sistemas de respuesta (motor-cognitivo-psicofisiológico) a través de los cuales se despliega el comportamiento humano: qué acciones realiza el sujeto, qué respuestas fisiológicas están presentes, qué respuestas cognitivas emite que representan un problema. ¿Es un niño que golpea y muerde a los otros niños? (conducta problema motora); ¿es una persona a quien «se le agarran los nervios al estómago»? (conducta problema psicofisiológica), o ¿presenta unos pensamientos obsesivos? (conducta problema cognitiva).

A estas descripciones de comportamientos se puede llegar a través de preguntas como:

> «Explíqueme con exactitud qué es lo que le pasa o siente...».

O, en relación con la información general suministrada anteriormente...

> «¿Qué ocurre en su vida para que afirme que se pasa la vida angustiado... que es un fracasado... que está deprimido?...».

El *tercer paso* a dar, cuando ya se han concretado las conductas-problema, consistirá en lograr la *descripción de la última vez que ocurrió el problema.* Al pedir al sujeto que recuerde la última vez que tuvo «eso que para él supone un problema», estaremos intentando fijar los «comportamientos reales» «en la situación en que se dieron». Con ello no obtenemos una información general «promediada» de lo que «suele ocurrir» («me angustio»), sino que podremos conocer «cómo se angustió ese día» (qué reacciones fisiológicas concretas experimentó). Además, nos permitirá abordar la situación en que se produjo y, por tanto, saber que en ella se han de encontrar sus elementos determinantes. Por esto, debemos preguntar exhaustivamente por las posibles condiciones que pudieran ser determinantes antecedentes y/o consecuentes. Para que el entrevistado nos pueda suministrar esta información es muy útil que narre toda la «secuencia del funcionamiento», de un modo natural, desde «antes de que ocurrió» hasta «después de que ocurrió». Otra ventaja de rastrear secuencias concretas de funcionamiento es que el sujeto va aprendiendo qué elementos de información le interesan al psicólogo y necesita conocer.

Narrar sucesos que probablemente son cercanos, generalmente de la propia semana o de la semana anterior, hace más probable el recuerdo preciso de los datos que se proporcionan. Es aconsejable solicitar una narración similar también de la penúltima vez, salvo que la obtención de la descripción de la situación anterior haya resultado muy costosa en tiempo y esfuerzo. El tener dos secuencias del funcionamiento reciente no supondrá necesariamente contar con una muestra significativa de lo que ocurre, pero será muy útil como referencia en la indagación posterior sobre la conducta y sus determinantes, ya sean estas dos ocasiones situaciones similares o muy diferentes.

Estas secuencias se obtendrán directamente al preguntar al paciente:

«¿Cuándo fue la última vez que le ocurrió esto? ¿Me lo puede describir detalladamente como si fuera una escena de una película?».

3.2.2. *Importancia del problema*

Bajo este epígrafe el entrevistador ha de obtener información que le permita conocer *cómo está afectando este problema a su vida y a su entorno, qué importancia le da el paciente y qué gravedad le otorga él* (el psicólogo).

En relación a cómo afecta a su vida, se propone la indagación en tres esferas en las que se desenvuelve primordialmente el ser humano y que suponen una base de apoyo muy importante: el ámbito familiar, el laboral y el de las relaciones sociales.

En esta ocasión, las preguntas pertinentes dirigidas a estos ámbitos pueden ser:

«¿Cómo afecta este problema a su vida (en relación con su trabajo, con su casa, con su familia, con sus amistades)?».

O cuando se quiere conocer cómo afecta a las relaciones personales concretas:

«¿Cómo afecta este problema a las personas que se relacionan con usted (en el trabajo, familia, amistades)?».

Una manera indirecta, pero efectiva, de conocer qué importancia le concede el paciente al problema es preguntándole:

«¿En qué medida está usted interesado en solucionar este problema?».

«¿Qué cree usted que ocurriría con su vida si todo continuase igual que hasta ahora?».

A la luz de cómo se vea afectado el propio sujeto con su funcionamiento (el daño o sufrimiento que experimente), la incapacitación que suponga en su funcionamiento en los ámbitos familiar, laboral y social, y/o el daño que suponga para otras personas, o para los desempeños en los diferentes ámbitos, así establecerá el psicólogo la gravedad del problema.

3.2.3. *Parámetros de la conducta problema*

Cuando ya se tiene acotado el comportamiento problema, y una estimación de su gravedad, podremos bajar a concretar los parámetros de frecuencia, intensidad y duración, que terminarán de perfilar empíricamente la magnitud de ese problema.

En relación a la *frecuencia* (número de veces que la conducta sucede en un período de tiempo determinado), es suficiente conocer de un modo aproximado si la conducta problema tiene una ocurrencia diaria, sucede varias veces a la semana o entre episodio y episodio trascurre más tiempo (quince días, un mes o más). Si la frecuencia es diaria, puede pasarse a delimitar un número promedio de veces al día. No es aconsejable someter al cliente a un agobiante proceso de cuantificación para lograr obtener mayor precisión, pues ha de tenerse presente que la entrevista es un instrumento «indirecto» y por tanto no ofrece completa garantía sobre la precisión de la información que se obtiene.

Preguntas adecuadas en esta ocasión pueden ser:

«¿Esto le ocurre a diario?»... «¿Cuántas veces le ocurre al día... a la semana... al mes?».

Por lo que atañe a la *duración* (tiempo que trascurre entre el comienzo de la emisión y la finalización del comportamiento), es conveniente intentar obtener, igualmente, una estimación aproximada. Para ello, en lugar de quedarnos en una información general sobre cuánto suele durar la conducta, que muy probablemente resulte en una estimación de una duración «media», se puede partir del episodio o episodios últimos ya conocidos y tomarlos como referencia en la duración.

Se podrá preguntar:

«En la última ocasión, el episodio duró... ¿suele ocurrir siempre así, o es diferente otras veces?».

En algunos casos el paciente no discrimina entre diversos episodios y los toma como una unidad, por ejemplo cuando la frecuencia por día es muy alta o la duración muy larga. Así, el sujeto informa que «siempre» tiene esos pensamientos que no puede apartar de su mente, que siempre le duele la cabeza, que está permanentemente angustiado, etc. En estas ocasiones, como punto de partida para ayudar al entrevistado a realizar la discriminación, resulta de utilidad preguntarle:

«En el momento en que se despierta, ¿ya le está ocurriendo esto?».
«¿No hay ningún momento en el día en que no esté presente este problema?».

Intentar establecer la *intensidad* de un comportamiento, sin contar con instrumentos específicos, es una tarea que puede parecer vana. Sin embargo, puede lograrse una aproximación adecuada si se utilizan dos estrategias complementarias:

1. Emplear una escala de estimación subjetiva.
2. Fijar el comportamiento más intenso que conozca el cliente (o el que en él se haya producido) y el de menor intensidad, y compararlo con la intensidad de su comportamiento actual.

De este modo, se podrá preguntar:

«¿Cómo gradúa en intensidad, de 0 a 100, el comportamiento que usted está teniendo?».
«Describa la vez en que el problema tuvo más intensidad, la que fue más fuerte, la que le hizo sentirse peor».
«Recuerde también la vez en que el problema tuvo menor intensidad».
«¿Cómo sitúa lo que le ocurre ahora en relación con los dos episodios anteriores?».

3.2.4. *Determinantes de la conducta problema*

La indagación por los determinantes de la conducta que se está analizando guarda una íntima relación con los principios teóricos que se utilizan para explicar el funcionamiento humano. Así, al basarse el enfoque conductual, fundamentalmente, en los procesos de aprendizaje, la búsqueda de los determinantes se convertirá en una búsqueda de los diversos elementos que desde los distintos procesos de aprendizaje puedan ser los responsables del mantenimiento de la conducta específica que nos ocupa.

Por tanto, se puede rastrear en primer lugar la *posible estimulación previa* a la conducta, tanto la *externa* (lugar donde se encontraba, condiciones físicas del lugar, personas presentes, hora del día, día de la semana, motivo por el que se encontraba allí...) como la *del propio sujeto* (pensamientos, acciones, respuestas fisiológicas). Se puede partir de las últimas ocasiones, ya conocidas, para dar entrada a este tipo de preguntas. Si en los dos casos las situaciones eran similares, se puede preguntar:

«¿Siempre ocurre lo mismo o hay veces en que el problema se produce de distinta manera?».

Cuando en los dos episodios se dan distintas situaciones, se podrá plantear:

«Así como en las dos ocasiones últimas ocurrían las cosas de diferente manera, ¿hay más situaciones en las que puede aparecer el problema?».

Otras preguntas pertinentes para este momento también pueden ser:

«¿En qué otras situaciones aparece... es siempre en los mismos lugares... con las mismas personas... a esas mismas horas... los mismos días...?».
«Le molestaba algo de esa situación inmediatamente antes de que "eso" (lo que le ocurrió) sucediese?».
«¿Qué estaban haciendo o diciendo las personas que se encontraban con usted en ese momento?».
«¿Qué le pasaba, cómo se sentía, que pensaba, qué hacía (rastrear los tres sistemas de respuesta) inmediatamente antes?».

Por otra parte, respecto a los *posibles cambios estimulares posteriores* a la conducta problema, será necesario conocer los cambios ocurridos después del funcionamiento problema, tanto *externos* al sujeto (cosas que suceden después en el medio, lo que dicen o hacen otras personas) como *en el propio sujeto* (cosas que hace, dice o piensa, o sensaciones que experimenta), y si unos u otros le resultan positivos o negativos.

Estos datos se pueden obtener por medio de preguntas como:

> «¿Qué hicieron o dijeron después las personas que se encontraban con usted?».
>
> «¿Qué le ocurrió a usted inmediatamente después? ¿Le pasó algo?».
>
> «¿Cómo se sintió, qué pensó, qué hizo inmediatamente después?».
>
> «¿Qué otras cosas sucedieron después?».
>
> «De todo lo que ocurrió, ¿qué cosas le resultaron agradables y cuáles desagradables?».

En caso de tratarse de un «déficit» de comportamiento por haber dejado de emitir una conducta que antes sí realizaba, habría que considerar qué ocurría antes cuando estaba presente ese funcionamiento:

> «¿Qué cosas (internas y externas) ocurrían antes cuando sí tenía ese funcionamiento?».

Cuando se esté ante un «déficit» por ser una conducta que nunca se emitió, se podría indagar:

> «¿Qué "cosas positivas" sucederían si se pudiera comportar de esa manera?».

Una vez obtenida la narración de estos datos, se pueden plantear diversas *hipótesis sobre el mantenimiento de la conducta problema* a través de la respuesta del psicólogo a las siguientes cuestiones:

1. ¿Se puede analizar la conducta problema como una *respuesta incondicionada, condicionada* o una *operante*?
2. ¿Se está manteniendo esa conducta por un *condicionamiento clásico*? ¿Se puede determinar la presencia de algún estímulo incondicionado, o de un estímulo condicionado?
3. ¿Estamos ante un posible *proceso de escape* (por afrontamiento o alejamiento) ante estimulación aversiva que desaparece tras la emisión de esa conducta problema?
4. ¿Se puede justificar la ocurrencia de un *proceso de reforzamiento positivo* (aparición de estimulación positiva, externa o interna, tras la emisión de esa conducta)?
5. ¿Se puede acreditar la existencia de un *proceso de reforzamiento negativo* (desaparición de estimulación aversiva tras la emisión de esa conducta)?
6. ¿Nos encontramos con un *proceso de evitación* (emisión de una conducta que evita la aparición de una estimulación aversiva)?
7. ¿Hay condiciones previas, *estimulación discriminativa,* que indican al sujeto que si emite esa conducta tendrá alta probabilidad de obtener estimulación positiva (consecuencias positivas)?

Si estamos ante comportamientos que antes realizaba el sujeto y que ahora suponen un «déficit» de conducta:

8. ¿Ha estado sometida esa conducta a un *proceso de extinción* (han dejado de ocurrir las consecuencias positivas que antes sucedían tras la emisión de esa conducta)?
9. ¿Ha estado sometida la conducta a un *proceso de castigo* (aparición de estimulación aversiva, o desaparición de estimulación positiva tras la emisión en ocasiones anteriores de ese comportamiento)?

Puede consultarse a O'Donohue y Ferguson (2004) para completarse la indagación sobre otras hipótesis relacionadas con procesos más específicos.

Finalmente, el entrevistador ha de estar atento, a lo largo de todo el proceso de la entrevista, para detectar algunas *variables del organismo* que estén afectando claramente a los funcionamientos que se están analizando: ¿Puede haber indicios de lesiones orgánicas? ¿Hay ingestión de alcohol o drogas?

¿Toma medicamentos que puedan afectar al sistema nervioso? ¿Atraviesa períodos de gran activación cortical o autonómica?

3.2.5. *Evolución y desarrollo*

Después de tener definida la conducta problema, conocidos sus parámetros y los posibles procesos que la determinan, puede ser buen momento para indagar sobre su *origen:* ¿Cuándo comenzó ese funcionamiento a ser un problema? Ha de tenerse en cuenta que la aparición del problema no necesariamente tiene que coincidir con el primer momento en el que el sujeto emitió ese tipo de comportamientos (cuando se trata de un «exceso» de conducta), o con la no emisión anterior de esos comportamientos que son ahora necesarios (si se trata de un «déficit»). Así, por ejemplo, en un déficit de funcionamiento de interrelación en un adolescente, el comportamiento puede seguir siendo el mismo que tenía cuando era niño, pero la falta de adecuación se evidencia en algún momento en el que las exigencias familiares-sociales cambian. Del mismo modo, en el caso de las parejas con un comportamiento rutinario que produce insatisfacción, lo relevante no es conocer cuándo comenzaron los comportamientos, sino cuándo la rutina dejó de ser satisfactoria. Por esto, es importante fijar el primer momento en que se evidenció el problema y saber las condiciones que estaban presentes.

Preguntas adecuadas para este propósito pueden ser:

> «¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de que esto que sucede suponía un problema para usted, o para otros? ¿Qué cosas ocurrieron entonces? Descríbame la situación».

También es de utilidad conocer la evolución que ha seguido el problema, su *historia,* para extraer la información sobre los posibles determinantes que a lo largo del tiempo provocaron su mayor o menor incidencia.

> «Desde que se presentó este problema, ¿ha habido períodos en los que las cosas fueron peor, o mejor? Intente concretar diversas ocasiones».
>
> «¿Qué circunstancias llevan a que este problema se agrave, disminuya o desaparezca?»

Asimismo, es necesario saber *cómo se explica el paciente lo que le está sucediendo,* no para tomarlo como la explicación real del problema sino para conocer las «claves» con las cuales el paciente está intentando e intentará manejar el problema. Es importante conocer no tanto si tiende a realizar atribuciones a causas internas o externas («locus de control»), sino si esas atribuciones se corresponden, o no, con los determinantes reales. A través de sus respuestas podremos contar también con datos acerca de sus posibles creencias erróneas, conductas supersticiosas, etc.

Esta información se puede obtener con una pregunta directa:

> «¿A qué causas atribuye la aparición del problema y sus oscilaciones?».

3.2.6. *Expectativas y objetivos*

En este último apartado se intentará descubrir cómo ha ido haciendo frente el paciente al problema a lo largo de todo el proceso, qué comportamientos concretos desea tener en lugar de lo que está ocurriendo en la actualidad y qué expectativas tiene sobre su futuro a partir del contacto con el psicólogo.

Respecto a *cómo se enfrentó al problema,* si hubo pasividad, resignación o tuvo un comportamiento activo de enfrentamiento al problema, o de búsqueda de ayuda, puede indagarse:

> «¿Qué cosas ha hecho usted hasta ahora para intentar solucionar su problema (por sí mismo, profesionales a los que ha acudido, tratamientos que ha seguido)? ¿Qué resultados le han dado?»

En cuanto a los *comportamientos* que el paciente desee poner como *objetivo de cambio* («variables de

resultado último»; véase Nezu, Nezu, Peacock y Girdwood, 2004), no ha de considerarse que es una mera elección implícita en la delimitación de la conducta problema: la desaparición de la conducta problema. Así, incluso en un problema simple como el que un sujeto tenga miedo a los perros, el comportamiento objetivo que desea lograr no necesariamente ha de ser sólo que no experimente miedo en presencia de perros, sino que puede desear, si está en casa de unos amigos que tienen perro, que lo pueda acariciar, acompañar a su dueño a sacarle a pasear, etc. Con mayor motivo, cuando estamos frente a un «déficit» de conducta, ha de especificarse claramente qué comportamientos y en qué situaciones han de aparecer.

Unas preguntas adecuadas para este momento pueden ser:

> «Me gustaría que me describiera con todo detalle cómo le gustaría a usted comportarse en esas situaciones que ahora le resultan un problema».
>
> «¿Cómo tendría que ser su funcionamiento concreto para que usted considerase que ya no existiría problema?».

Finalmente, en relación con las *expectativas respecto a la intervención psicológica,* ya sea en un proceso de evaluación o como paso previo a una terapia, es importante conocer qué espera el cliente de su contacto con el psicólogo, porque puede suponer implicaciones personales muy distintas. Obviamente, no es igual que el paciente tenga una expectativa positiva que una expectativa negativa respecto a la probable «adherencia al tratamiento», si bien solamente resultarán significativos los valores extremos. Sin embargo, aunque pueda parecer paradójico, debe prestarse especial atención a los sujetos con una expectativa positiva muy elevada, pues no es infrecuente que presenten problemas por una frustración rápida de sus expectativas al estar basadas en varias premisas irreales: que «el psicólogo le va a resolver-quitar el problema», mediante unas técnicas que posee, de modo inmediato, de una manera fácil (con poco coste), sin que él tenga que hacer gran cosa (salvo acudir a la consulta).

Esta información se podrá obtener preguntando directamente:

> «¿Qué espera usted conseguir al finalizar esta intervención?... ¿Cómo cree que le irá con esta intervención, qué expectativas tiene?».

3.3. Finalización de la entrevista

Las preguntas cruciales que se hace el entrevistador cuando se está formando en este procedimiento es ¿cuándo terminar la entrevista? y ¿cómo terminar la entrevista? La respuesta que se le puede dar al *cuándo terminar la entrevista* es muy simple: *cuando se tenga suficiente información* sobre el comportamiento del sujeto *para poder determinar,* en relación con la importancia del problema, *si se está ante un problema psicológico o no;* y en el primer caso, *cuando se pueda establecer una hipótesis sobre cuál es la conducta problema, sus determinantes, el proceso que la mantiene* (hipótesis funcional) y *los objetivos finales de cambio.* En la toma de esta decisión, se puede servir de la guía de entrevista utilizada y considerar que *se ha obtenido suficiente información cuando el entrevistador puede contestar claramente a las preguntas que figuran en la pauta.* Si no es así, el entrevistador deberá plantearse volver a preguntar por los aspectos que le faltan. Si por diversas razones le fuera sumamente dificultoso obtener esos datos, el evaluador siempre podrá implementar otro procedimiento de obtención de información para conocer ese punto.

Con el fin de no ir dejando temas sin cerrar, cuestión que se evidenciará cuando se llega al último apartado de la entrevista y no se posee suficiente información, es aconsejable no progresar a través de los sucesivos ítems de la pauta hasta que no se tenga suficiente información. Parece más razonable emplear algo más de tiempo en un ítem y *no pasar por un tema de modo superficial,* al que habrá que volver en otro momento. En estos casos, el paciente, que desconoce el motivo, puede sentirse incómodo y no entender por qué se insiste en algún aspecto sobre el que creía que ya había informado.

Respecto al *cómo terminar la entrevista,* después de realizar la última pregunta, se puede informar al sujeto que con ella ya se ha terminado la fase que se le había indicado de preguntas exhaustivas sobre el problema y sobre su vida (se puede hacer alguna referencia a haber completado la pauta de entrevista). Asimismo, se le puede indicar qué otra información será necesaria recabar y qué procedimientos se van a emplear: cuestionarios, autorregistros, sistemas de observación de conductas, registros psicofisiológicos, etc.

No es conveniente informar al paciente sobre el resultado de la entrevista (hacer la devolución de la entrevista) hasta que no se haya terminado de realizar todo el proceso de evaluación. La información proporcionada por la entrevista tendrá que integrarse y precisarse con los datos obtenidos por el resto de procedimientos que se han de emplear en la evaluación. Sólo entonces podrá facilitarse al cliente una información elaborada sobre su problema, las causas, su origen y evolución, y sobre las posibilidades de lograr sus objetivos de cambio.

4. EJEMPLO DE UTILIZACIÓN DEL MODELO DE ENTREVISTA CONDUCTUAL

4.1. Sujeto

La paciente, Elena, es una chica de 22 años que está cursando 4.° de Farmacia en una universidad privada de Madrid. Su familia vive en una ciudad del norte de España. Comparte piso con una amiga que estudia psicología. Acude a consulta instigada por su compañera de piso.

4.2. Estructuración del rol de entrevistador y entrevistado

Se le informa sobre la necesidad y utilidad de la entrevista, la necesidad de colaboración, el resguardo de su intimidad, la confidencialidad y la directividad en el proceso que se va a seguir.

4.3. Pasos en la realización de la entrevista

4.3.1. *Delimitación de la conducta problema*

1.1. Informa que no sabe lo que le pasa con su vida, que se encuentra desorientada porque le parece que no está teniendo control sobre su vida, que ha llegado a un punto en el que se siente sobrepasada y a punto de tirar la toalla. Esto la tiene muy asustada.

1.2. Cree que no puede con los estudios, acaba de terminar los exámenes de febrero y piensa que no le han salido muy bien. Espera suspender alguna asignatura. Dice que se encuentra metida en un proceso en el que entre las clases, los laboratorios y los trabajos, no le da tiempo para estudiar. Y entonces se agobia mucho y se paraliza.

1.3. La última vez fue hace unos quince días. Era un sábado por la tarde. Estaba en casa estudiando para un examen, pensaba que no le daba tiempo a prepararlo bien, estaba angustiada («se le agarran los nervios al estómago»), y se fue a la cocina a prepararse un té. Se puso a tomar el té con unas pastas, luego pasó a comerse unas magdalenas y terminó con un trozo grande de tocinillo de cielo... hasta que no podía más. Se fue al baño que está al lado de la cocina, se metió los dedos en la boca y se provocó los vómitos. Como quedó extenuada, se fue a la cama y estuvo varias horas durmiendo y «desconectada» de todo. Cuando se levantó, se tomó un yogur y se puso a ver la televisión un rato.

La vez anterior pasó prácticamente lo mismo, sólo que como no tenía tocinillo de cielo se comió un paquete y medio de magdalenas, hasta que se le terminaron.

4.3.2. *Importancia del problema*

2.1. y 2.2. En relación con los estudios, le afecta porque pierde parte del poco tiempo que tiene para estudiar, y además piensa que si no puede controlar los atracones cómo va a poder sacar la carrera. Respecto a su casa, hasta que se enteró su compañera hace poco tiempo, no le afectaba porque siempre

que ocurre está sola y nadie más lo sabe. En cuanto a la relación con sus padres, hace que se sienta culpable porque les oculta su situación y siempre les dice que todo le va bien, lo que le aumenta la responsabilidad y hace que se sienta aún peor. Amigos, no tiene muchos, ni propios (suele salir con el grupo de su compañera de piso), y le afecta porque, cuando sale, lleva con ella la situación en que está metida y no le deja divertirse del todo. Con los compañeros de facultad la relación es muy superficial.

2.3. Estaría muy interesada en cambiar todo esto si pensara que pudiera cambiarse. Para ella lo mejor que podría ocurrir es que todo hubiera sido un mal sueño, que no se bloqueara al ponerse a estudiar, que no se diera los atracones y que pudiera sacar los estudios sin dificultad. Si no cambiara nada, cada vez suspendería más asignaturas, se bloquearía más, se descontrolaría no sabe de qué otra manera y cree que terminaría volviéndose loca.

4.3.3. *Parámetros de la conducta problema*

3.1. Le sucede siempre los fines de semana. Una sola vez. Si le ha ocurrido el sábado no vuelve a pasar el domingo. En el último mes le pasó todos los fines de semana, menos uno que salió con los amigos.

3.2. La vez sobre la que tiene peor recuerdo fue el mes pasado. Estaba en plenos exámenes. Era un domingo por la tarde, había estado estudiando todo el fin de semana y notaba que no avanzaba, y era una lucha entre «tengo que seguir estudiando» y «no va a servir para nada, no voy a llegar». «Como siempre», fue notando cómo se le hacía un nudo en el estómago. Quiso hacer un descanso, aunque sabía lo que iba a pasar. Se hizo un té. Empezó a comer pastas surtidas hasta que terminó la caja. Luego pasó a las magdalenas y se comió media docena, «como siempre» hasta que no pudo más. Paso al servicio, se forzó los vómitos, y cuando estaba en el proceso llegó su compañera de piso. El que la descubriera le hizo sentirse «como una piltrafa humana» y terriblemente avergonzada. Aunque al principio le negó que lo hiciera con frecuencia, no le quedó más remedio que confesarlo todo.

3.3. La vez que fue más leve ocurrió en el verano, en agosto. Estaba en casa de sus padres estudiando porque le habían quedado dos asignaturas. Estaba sola, tenía casi toda la tarde por delante, estaba aburrida, y pensó en hacerse un té. Mientras se hacía el té, empezó a comer galletas y luego se hizo un «surtido» con todo lo que encontró en la cocina: magdalenas, chocolate y un tarro de arroz con leche (en su casa siempre hay cosas dulces porque a todos les gustan los dulces, como a ella). Después de devolver, en lugar de acostarse, se quedó en la sala para que no se dieran cuenta sus padres.

3.4. Ahora está en la época peor.

3.5. El tiempo que dura todo el proceso viene a ser de unas cinco horas y media: desde las cuatro, en que se pone a estudiar y ya empieza a tener un «cosquilleo» en el estómago, hasta aproximadamente las nueve y media, que es cuando se levanta de la cama. Hacia las seis y media-siete está con el «nudo en el estómago» y se va a la cocina a hacer el té. Dice que se pasará comiendo una media hora (no sabe a ciencia cierta cuánto tiempo pasa porque pierde la noción del tiempo y está «como en una nube»). Empieza saboreando lo primero que come y poco a poco va comiendo como un autómata: una pasta detrás de otra, una magdalena detrás de otra... Devolviendo estará más de cinco minutos, porque tiene dificultad y porque se provoca por lo menos tres vómitos. Después está en la cama unas dos horas aproximadamente.

4.4. Determinantes de la conducta problema

4.1. Aparece siempre de la misma manera: en casa, sola, por la tarde, durante el curso los fines de semana, durante el verano en cualquier día.

4.2. Siempre está estudiando. La mayoría de las veces tiene en el estómago una sensación mezcla de «malestar-dolor-hambre». Alguna vez le pasa cuando está aburrida, hastiada.

4.3. Cuando come va experimentado una sensación de placer que se va trasformando en malestar hasta que devuelve. Después se encuentra cansada físicamente. En la cama «encuentra su refugio», se duerme y desconecta de todo.

Cuando se levanta, ve la televisión y puede estudiar alguna hora. No le agobia porque no tiene por delante mucho tiempo, incluso le cunde más.

4.4. Antes siempre está pensando todo lo que tiene por delante que estudiar, o que no le va a merecer la pena el esfuerzo, que no se lo va a poder aprender... Mientras está comiendo piensa que está «como poseída»: sabe que está haciendo mal, pero se regodea en una especie de «placer malsano». Cuando está devolviendo, y después, piensa que es una persona que no está equilibrada, que no tiene control sobre sí misma y que cómo va a poder sacar la carrera y ser una persona normal.

4.5. Evolución y desarrollo

5.1. Desde la primera vez que le ocurrió: en mayo del curso pasado.

5.2. Estaba en plena época de entrega de trabajos y preparación de exámenes.

5.3. y 5.4. El problema ha ido empeorando. En el verano sólo le pasó un par de veces en casa de sus padres. No le volvió a ocurrir hasta noviembre y diciembre, cuando tuvo algún episodio. El problema volvió con fuerza en enero, después de las navidades. Lo relaciona claramente con tener que estudiar en momentos cercanos a exámenes.

5.5. No sabe a qué puede ser debido. Siempre ha tenido que estudiar mucho y antes no le pasaba. En primer y segundo cursos, cuando estaba en un colegio mayor, se podía pasar todos los fines de semana estudiando y no le angustiaba. Cuando quería descansar, siempre encontraba alguna compañera por las habitaciones de al lado, «echaba un rato con ellas» y luego seguía. Siempre había aprobado todo en junio. El año pasado, sin embargo, se fue defendiendo sólo hasta los exámenes de junio.

4.6. Expectativas y objetivos

6.1. y 6.2. No ha hecho nada especial para solucionarlo. Sólo hacerse el propósito de que no vuelva a pasar, pero siempre vuelve a ocurrir. Y sabe que va a volver a suceder, porque esa situación ejerce sobre ella una especie de «atracción rara».

6.3. Le gustaría que las cosas volvieran a ser como antes: que pudiera estudiar un fin de semana entero (sábado y domingo) sin angustia especial y que cuando se pusiera a tomar una infusión o un té pudiera comerse sólo un platito de pastas o algún dulce, como ha hecho siempre. Aunque su compañera le ha insistido para que acuda al psicólogo, ella no sabe qué se puede hacer para ayudarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Haynes, S. (1978). *Principles of Behavioral Assessment*. Nueva York (capítulo 8: «The Behavioral Interview»).

Supone un referente clásico de la entrevista conductual. Continúa aún vigente por la amplitud de su información respecto a las características, funciones y estructura de la entrevista. Ofrece también sugerencias prácticas respecto a las tácticas a seguir para obtener la información adecuada.

Llavona, L. (1993). La entrevista conductual. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Capítulo amplio que aborda tanto aspectos conceptuales de la entrevista conductual como cuestiones técnicas para su implementación. Pasa revista a las diversas fases de la entrevista, ofreciendo orientacio-

nes teóricas y prácticas para poder desarrollarla paso a paso.

Silva, F. (1992). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (ed.). *Introducción a la evaluación psicológica I.* Madrid: Pirámide.

Trabajo sobre la entrevista que puede utilizarse como un enmarque teórico complementario sobre el procedimiento general. Ofrece amplia información sobre los aspectos conceptuales, clasificaciones, su desarrollo y sobre aspectos de fiabilidad y validez.

Wilson, P. H., Spence, S. H. y Kavanagh, D. J. (1995). *Técnicas de entrevista.* Barcelona: Martínez Roca.

Obra que asesora sobre cómo llevar a cabo una «entrevista cognitivo-conductual» (en sus propios términos). Ofrece orientaciones muy prácticas que pueden servir de ayuda en entrevistas sobre problemas como miedo y ansiedad, depresión, obesidad, problemas interpersonales, disfunción sexual, insomnio, dolor de cabeza y abuso de sustancias.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Uno de los puntos fuertes de la entrevista conductual es:

   a) Ser un instrumento «directo» de obtención de información.
   b) Ser utilizado por el 75 por 100 de los terapeutas de conducta.
   c) Obtener un feedback inmediato de las preguntas que se realizan.

2. En la entrevista conductual, la estructuración del rol de entrevistador y entrevistado se logrará mediante:

   a) Explicación de la necesidad y utilidad de la entrevista, la necesidad de colaboración, el compromiso de veracidad, el resguardo de la intimidad y la confidencialidad, las indicaciones sobre su semiestructuración y resaltando la no directividad.
   b) Explicación de la necesidad y utilidad de la entrevista, la necesidad de colaboración, el compromiso de veracidad, el resguardo de la intimidad y la confidencialidad, las indicaciones sobre su semiestructuración y resaltando la directividad.
   c) Explicación de la necesidad y utilidad de la entrevista, la necesidad de colaboración, el compromiso de veracidad, el resguardo de la intimidad y la confidencialidad, señalando las ventajas de ser una entrevista estructurada y resaltando la directividad.

3. Según Davison y Neale (2001), el paradigma dentro del que un entrevistador opera determina:

   a) El tiempo que emplea en la entrevista, la directividad requerida y la complementariedad necesaria de otros instrumentos.
   b) El tipo de información que busca, el modo de obtenerla y cómo debe interpretarla.
   c) El tipo de información que busca, el tiempo que emplea en la entrevista y cómo debe interpretar la información obtenida.

4. Objetivos de la entrevista conductual son proporcionar información para:

   a) Establecer un diagnóstico, seleccionar una estrategia de intervención y evaluar los resultados de la estrategia de intervención.

b) Identificar las conductas problema, definir las conductas problema y establecer objetivos de intervención.
c) Conocer las variables de personalidad, realizar un análisis funcional y establecer objetivos de intervención.

5. Cuando un paciente se queja porque sólo es capaz de dormir cuatro horas, estamos ante una conducta problema:

a) Motora.
b) Cognitiva.
c) Psicofisiológica.

6. Los parámetros habituales que se utilizan para definir cualquier conducta son:

a) Latencia, frecuencia, intensidad y duración.
b) Frecuencia, gravedad y duración.
c) Frecuencia, intensidad y duración.

7. En la búsqueda de determinantes de una conducta problema operante, debe indagarse:

a) Sólo posible estimulación previa a esa conducta.
b) Sólo posibles cambios estimulares posteriores a esa conducta.
c) Tanto posible estimulación previa como posibles cambios estimulares posteriores a esa conducta.

8. Se entiende por inicio del problema:

a) La primera vez que ocurrió la conducta que se está abordando como problema.
b) La primera vez que el paciente asumió que tenía un problema.
c) La primera vez que supuso un problema (para el paciente o para otros) la conducta que se está abordando como problema, aunque ya estuviera ocurriendo antes.

9. La terminación de la entrevista debe tener lugar:

a) Cuando se haya terminado de preguntar los ítems de la pauta correspondiente.
b) Cuando se haya agotado el tiempo destinado en la evaluación para dedicarlo a la entrevista.
c) Cuando se haya obtenido información suficiente que permita realizar una hipótesis sobre el análisis funcional del problema y los objetivos de cambio.

10. En el problema de Elena, respecto a los «atracones», hay datos para establecer la hipótesis de que el proceso fundamental que los mantiene es un:

a) Condicionamiento clásico.
b) Reforzamiento positivo.
c) Reforzamiento negativo.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	b	b	c	c	c	c	a	a

Observación y autoobservación 4

NIEVES ROJO

1. INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia de la Lengua Española, observar, en su primera acepción, significa «examinar atentamente». Y esta acción no sólo es la estrategia fundamental de cualquier método científico, sino la forma habitual de recoger información sobre la conducta. Desde el punto de vista de la modificación de conducta, la observación directa y sistemática es uno de los métodos más representativos y, sin duda, uno de los más recomendables. Lo que caracteriza la observación sistemática, en comparación con la que se realiza desde otros marcos teóricos, es el hecho de centrarse en conductas manifiestas, definidas de forma objetiva.

Como es propio de la perspectiva conductual, la observación sistemática es una técnica de evaluación estrechamente vinculada a la intervención: evaluamos no sólo para describir y explicar la conducta de un sujeto en términos precisos y objetivos, sino que además podemos calibrar los cambios de la conducta producto de la intervención, valorando así su eficacia (Maciá y Méndez, 1988).

2. PROCEDIMIENTO

Como señala Fernández Ballesteros (2004), la técnica observacional se caracteriza por los siguientes rasgos:

- La persona que observa tiene un entrenamiento específico para llevar a cabo una observación deliberada de la conducta o conductas objetivo.
- Generalmente se observa un hecho que ocurre en la situación de observación, preferentemente en una situación natural.
- La observación se produce de forma sistemática, lo que conlleva el registro preciso en un protocolo u hoja preparado para tal efecto.

Llevar a cabo una observación sistemática implica un procedimiento cuyos pasos se ilustran en la figura 4.1.

2.1. Definición de la conducta objetivo

«Mi hijo es hiperactivo», «mi novio no me quiere lo suficiente». Éstas son el tipo de afirmaciones con las que habitualmente las personas refieren lo que observan respecto del comportamiento de los demás. Suelen ser, como en los ejemplos, declaraciones sobre atributos internos o respuestas muy generales que no pueden ser objeto de una observación sistemática. Es pues fundamental llegar a una definición de la conducta objetivo que cumpla los siguientes requisitos:

- Que sea una definición objetiva: que se refiera sólo a las características observables de la conducta por la que estamos interesados sin referencia alguna a actitudes, intenciones o

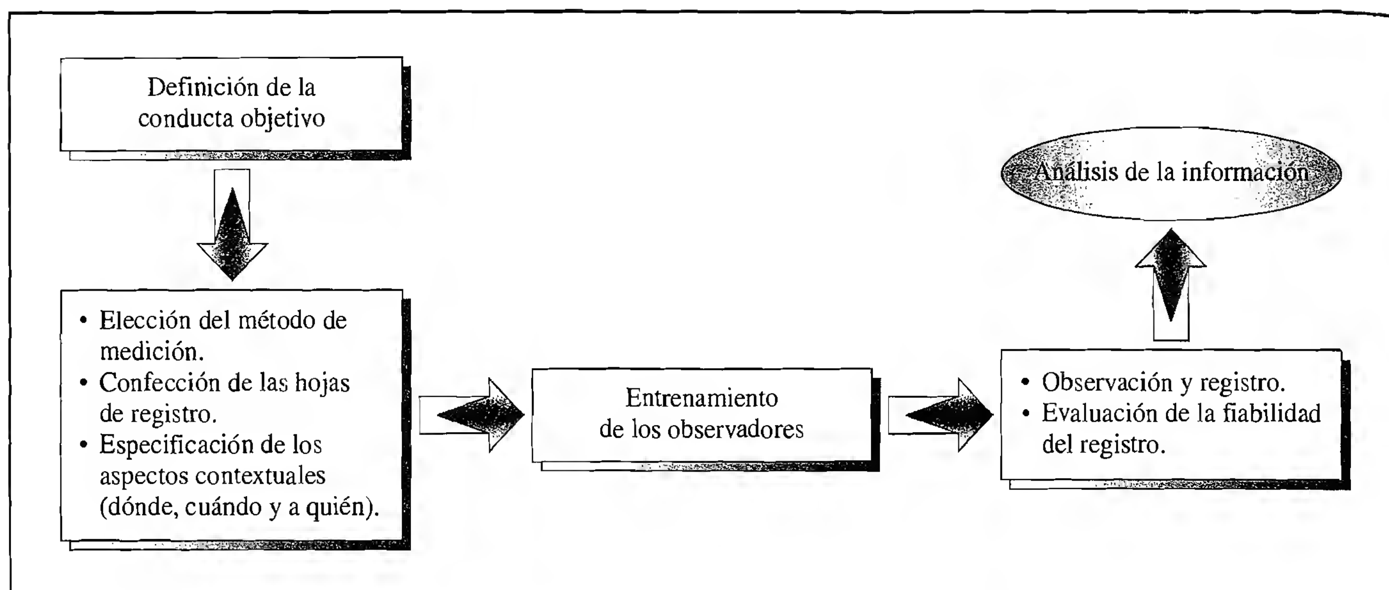


Figura 4.1.—La observación sistemática: fases de realización.

estados internos. La queja de un amor insuficiente podría quizá objetivarse en conductas tales como: «ella no me besa si no se lo pido», «no me acaricia cuando yo lo hago», «nunca me dice que estoy guapo».

— Que sea una definición precisa y clara, centrada en la descripción de respuestas manifiestas. No deben ser definiciones basadas en rasgos o atributos genéricos que no sólo son difíciles de verificar, sino que proporcionan una información escasa sobre conductas concretas. Eliminando la ambigüedad, haciendo una definición descriptiva de respuestas manifiestas incrementamos la posibilidad de que dos observadores coincidan en relación con lo observado. Es más precisa, clara y verificable la observación de conductas definidas como «no se queda sentado en su pupitre más de cinco minutos», «levanta la mano para ir al aseo varias veces durante la clase» que la etiqueta general de «niño hiperactivo».

— Que sea una definición completa de tal forma que los límites de la conducta estén especificados y que un observador pueda diferenciarla de conductas próximas. Una definición completa contempla los siguientes elementos (Hawkins, 1982; De la Puente, Labrador y García Vera, 1993): un nombre descriptivo, una definición general, una elaboración que describa las partes fundamentales de la conducta, ejemplos característicos de dicha conducta y otros ejemplos discutibles.

Frecuentemente el objetivo de la observación no es una o varias conductas que se han descrito previamente sino la relación secuencial entre acontecimientos que ocurren antes y después de una conducta. Este tipo de observación ofrece una información fundamental para explorar las relaciones funcionales entre acontecimientos, sobre los factores que mantienen y controlan la aparición de las conductas.

2.2. Elección de un método de medición

Toda vez que se ha llegado a una definición objetiva, precisa y clara de la conducta objetivo, tenemos que tomar la decisión sobre qué parámetros de dicha conducta centrarán nuestra atención y, por tanto, van a ser medidos.

Podemos fijarnos en la más simple, la *presencia:* si la conducta ocurre o no, como, por ejemplo, si un alumno ha asistido a clase o si un niño moja la cama durante la noche. El parámetro de la ocurrencia nos lleva el método de medición de *intervalos,* un méto-

do adecuado para conductas cuyo inicio y fin no es fácil de determinar o que se ejecutan con mucha frecuencia. El método de intervalos presenta algunas variaciones: método de *intervalo completo* (en el que se requiere que la respuesta se emita durante todo el intervalo para que sea registrada), método *de intervalo parcial* (en el que se registrará la conducta cuando ocurra al menos una vez a lo largo del intervalo) o método de *intervalo momentáneo* (se registrará la conducta sólo si se produce en el momento en que acaba el intervalo).

Para otras conductas no será tan importante si ocurre o no, como la *frecuencia* con la que ocurre. Consiste en registrar el número de veces que una conducta aparece en un determinado intervalo de tiempo. Ha de tenerse en cuenta que este método es adecuado para conductas discretas, de las que puede distinguirse claramente cuando empiezan y terminan, conductas que ocurren no demasiado frecuentemente y cuya duración es muy similar. Por ejemplo, podemos contar las veces que, durante la clase, un niño levanta la mano. El parámetro de frecuencia es especialmente interesante porque refleja muy bien los cambios de la conducta a través del tiempo (Kazdin, 1981).

En otras ocasiones, la frecuencia no recoge de forma suficiente la extensión de una conducta determinada porque no se trata de conductas discretas sino que perduran a través del tiempo. En este caso, es el parámetro de *duración* el que resulta más relevante y el que ha de medirse. Por ejemplo, podemos registrar el tiempo que un atleta dedica a su entrenamiento o el que un sujeto emplea en rituales de comprobación.

Podemos, asimismo, estar atentos al resultado de las conductas, a su *producto;* registrar por ejemplo los restos de cigarrillos que quedan en un cenicero o el número de libros que se han colocado en un estante. Este tipo de medida, los *productos permanentes,* tiene la ventaja de que no está afectada por la reactividad del sujeto, cuya conducta se produce en ausencia del observador. No obstante, no son muchas las conductas que ocasionan productos permanentes.

Por último, pero no menos importante, podemos registrar la *secuencia de conductas,* registrar qué está pasando antes (los estímulos antecedentes) y qué pasa después de que la conducta ocurra (los estímulos consecuentes) de forma que la observación facilite el análisis funcional estableciendo qué estímulos actúan en el sentido de aumentar o disminuir la probabilidad de la emisión de una conducta. Por ejemplo, en los berrinches de un niño, podríamos registrar qué pasó antes (el padre le negó una golosina, la madre le pidió que recogiera un juguete...) y qué pasó después (el padre le dio la golosina, la madre recogió el juguete). Esta información es de mucha mayor utilidad que registrar cuántos berrinches tiene el niño cada tarde.

Elegir uno u otro método de medición estará determinado por el tipo de información que se busca, por la situación en la que se manifiesta la conducta y por las características de ésta (Crespo y Larroy, 1998). A continuación se ofrece un cuadro que resume las características de los distintos métodos de medición (véase la tabla 4.1).

2.3. Elaboración de la hoja de registro

La observación sistemática requiere, como condición imprescindible, la estructuración de un protocolo que permita la replicabilidad y el control de los resultados (Fernández Ballesteros, 2004). El protocolo u hoja de registro debe contener la definición de las conductas que se van a observar, la fecha e intervalo de observación, así como cualquier otra información que sea significativa para esa observación.

A continuación se ofrecen dos ejemplos de hojas de registro; en la tabla 4.2 se muestra un registro de duración para observar las conductas en las que consiste el entrenamiento de un atleta y en la tabla 4.3 se ofrece una hoja de registro para observar la conducta de decir tacos.

2.4. Especificación de los aspectos contextuales de la observación

Llegados a este punto, tenemos ya decidido qué observar y cómo medirlo. Quedan ahora otras decisiones que tomar que se refieren a cuándo vamos a realizar la observación, en qué lugar y, en ocasiones,

TABLA 4.1

Características de los diferentes métodos de medición

Método		Definición	Características	Ejemplo
Frecuencia		Número de veces que aparece una conducta en un determinado período de tiempo.	Adecuado para conductas: — Discretas. — Con duraciones similares en cada emisión. — Con frecuencia de emisión no muy alta.	*Cigarrillos fumados.* *Noches con cama mojada.* *Faltas al trabajo.*
Duración		Lapso de tiempo en que se emite una conducta.	Adecuado para conductas: — Discretas. — Duración variable o relevante.	*Tiempo de estudio.* *Duración de la ducha (en lentitud compulsiva).* *Horas de sueño.*
Intervalo	Completo	Presencia o ausencia de la conducta durante todo el intervalo.	Adecuado para conductas que persisten en el tiempo. Tiende a subestimar la aparición de la conducta. Útil cuando es importante la no interrupción de la conducta.	*Mirar una pantalla.* *Atender en clase.*
	Parcial	Presencia o ausencia de la conducta a lo largo del intervalo.	Adecuado para conductas breves y frecuentes.	*Tics.* *Decir tacos.*
	Momentáneo	Presencia y ausencia de la conducta en el momento en que finaliza el intervalo.	Adecuado para conductas que persisten durante un tiempo. Han de utilizarse intervalos breves.	*Chuparse un dedo.*
Proporción		Porcentaje de veces que aparece una conducta dentro del número total de ocasiones en que sería esperable su aparición.	Se expresa en porcentajes. Útil para obtener medidas de rendimiento, actuación, etc.	*Tareas realizadas entre las encomendadas.* *Órdenes cumplidas.*
Productos permanentes		Registro del número de resultados duraderos o productos de la conducta.	Produce poca reactividad. Puede aplicarse a un limitado número de conductas.	*Camas hechas.* *Ventanas rotas.* *Botellas vacías.*
Secuencias		Incluye, además de la conducta, sus antecedentes y consecuentes.	Proporciona información funcional sobre la conducta. Implica una continuidad en el período de observación.	*Miedo a los perros (especificando respuestas concretas en que se manifiesta, situaciones en que se produce y consecuencias).*

FUENTE: Tomado de Crespo y Larroy, 1998, p. 21.

TABLA 4.2

Hoja de registro de duración para observar las conductas de entrenamiento de un atleta

Conductas a observar:	Observador:
Ejercicios de calentamiento (C) Marcha atlética (M) Ejercicios de estiramiento (E)	Entrenador

Fecha	**Conductas**	**Comienzo de conducta**	**Fin de conducta**	**Tiempo total**
25-3-08	C	7:30	7:45	15 min
	M	7:45	8:30	45 min
	E	8:30	9:00	30 min
26-3-08	C	7:45	8:00	15 min
	M	8:00	8:40	40 min
	E	8:40	9:00	20 min

TABLA 4.3

Hoja de registro de intervalo para observar la conducta de decir tacos

Conductas a observar:	Observador:
Decir tacos. Los observadores han consensuado las palabras que consideran en esta categoría. Duración de los intervalos: 5 minutos	______________
Código de situaciones:	
Hablar con los padres (P) Hablar con la novia (N) Hablar con los amigos (A) Hablar con los compañeros de trabajo (T)	

Fecha: 22/01/08

Situaciones	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
P	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
N	1	2	2	1	1	2	0	1	2	0	2	2
A	6	4	5	5	4	6	5	5	4	3	4	3
T	5	5	4	5	3	3	5	4	3	3	3	4

a quién. En este sentido, debemos plantearnos (Fernández Ballesteros, 2004):

— Durante *cuánto tiempo* se va a extender la observación (una mañana, un día, un mes, etc.).
— Con *qué frecuencia* va a observarse (dos horas al día, una por la mañana y otra por la tarde; en diez períodos de diez minutos durante la mañana).
— En *qué momentos* se van a iniciar y terminar los períodos de observación y si éstos van a ser constantes (si se va a observar todos los días la primera hora de cada clase, o si un día se va a observar la primera hora y, al siguiente, la última hora de clase).
— Si se van a utilizar intervalos de tiempo para *observación y registro,* de forma que, por ejemplo, se observa durante 15 segundos y se registra lo observado en los 5 segundos siguientes.
— Tendremos que considerar, asimismo, en *qué situación* o *situaciones* vamos a observar. En función de los objetivos de la observación puede ser relevante evaluar hasta qué punto una conducta o conductas son estables en distintas situaciones o si, por el contrario, dependen fundamentalmente de una serie de estímulos. Por ejemplo, la conducta de fumar puede estar muy ligada a situaciones tales como hablar por teléfono o estar reunido con amigos y no producirse cuando uno está solo. En los casos en los que la generalidad o especificidad de la conducta a observar es un criterio relevante, ha de realizarse un muestreo de situaciones.
— En ocasiones no sólo observamos a *un sujeto sino a varios.* Hay pues que determinar a qué sujeto y en qué momento el observador registrará la conducta objetivo. En este caso, lo más aconsejable es utilizar un muestreo de intervalos y sujetos simultáneamente según alguna de las siguientes cuatro posibilidades (Anguera, 1981):

  • Selección focalizada de sujetos, eligiendo al azar o de forma aleatoria estratificada y observando a los sujetos en función de los intervalos establecidos. Por ejemplo, observar al sujeto más joven en el intervalo uno, al siguiente en edad en el segundo intervalo, y así sucesivamente.
  • Selección de intervalos de observación en función del número de sujetos a observar: simplemente por rotación, se asigna cada intervalo de observación a cada uno de los sujetos.
  • Elección de un criterio de razón fija o variable, de forma que se ordena a los sujetos que serán observados tantas veces como sea posible en función del número de intervalos. Por ejemplo, se observa al sujeto 2, 4, 6, 8, 10, ..., *n* en los intervalos 1, 2, 3, ..., *n.*
  • Rotación del criterio de elección de los sujetos a observar, de forma que después del período de observación se haya recogido información de todos los sujetos. Por ejemplo, en la primera ronda se puede observar a los sujetos mujeres y en la segunda a los sujetos varones.

Una última clave contextual a la que atender es el *lugar* de la observación. Sin duda, la más deseable de las opciones (y la más frecuente) es realizar la observación de la conducta en el lugar habitual en que ésta se produce, en *situaciones naturales,* sin que se origine ninguna mediación o interferencia del evaluador. No obstante, además de los sesgos metodológicos propios de la observación en situaciones naturales, como es la reactividad del sujeto que modifica su conducta al saberse observado (Haynes y Horne, 1982; Kazdin, 1981; Anguera, 1981, 1991), existen otros inconvenientes que pueden hacer que este tipo de observación no sea viable; así, un sujeto puede negarse a ser observado en su trabajo. Pero, en muchos casos, la observación en situaciones naturales se desestima por una cuestión de coste.

Siempre que no sea posible realizar una observación en situaciones naturales cabe la posibilidad de hacer una réplica *artificial* mediante, por ejemplo, procedimientos de *role-playing.* La observación en situaciones artificiales, entre otros inconvenientes,

arrastra un problema de validez externa y nos plantea la pregunta de hasta qué punto lo observado podría generalizarse a un situación natural.

En definitiva, la decisión sobre los aspectos contextuales de la observación ha de tomarse considerando siempre sus objetivos, así como otros criterios de índole más práctica, como son la disponibilidad del sujeto o sujetos a observar, coste, etc.

2.5. Entrenamiento de los observadores

La fiabilidad del método observacional se sustenta de forma esencial en el entrenamiento de los observadores y en que la observación esté realizada por más de un observador independiente. En principio, la distancia del observador (en términos afectivos, temporales y físicos) respecto del sujeto que va a observar tiende a favorecer la imparcialidad de la observación y a minimizar la reactividad, es decir, el hecho de que la mera observación influya en la conducta objetivo. Sin embargo hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones, las observaciones las realizarán personas cercanas al individuo cuya conducta se va a observar (madre, profesor, etc.) que no han tenido antes ninguna experiencia con el método.

Es, pues, fundamental que los observadores estén familiarizados con la conducta o conductas a observar, así como con los códigos asignados a cada una de ellas. En principio, el entrenamiento será más sencillo y el registro más fiable si el número de conductas a observar es reducido. A continuación deben realizarse distintas sesiones de entrenamiento, más frecuentes al inicio, en las que al final los observadores comparan entre sí y con su entrenador la concordancia de sus registros.

El entrenamiento puede darse por terminado en el momento en que los observadores han logrado un alto nivel de acuerdo en lo observado. Algunos autores (Forehand y McMahon, 1981) han utilizado como criterio de término del entrenamiento un nivel de fiabilidad de 0,80 respecto a una grabación en vídeo de 10 minutos previamente codificada por el entrenador. No obstante, para evitar el llamado efecto de *arrastre* o *deriva* (una paulatina modificación de la forma de identificar las conductas o la influen-

TABLA 4.4

Cuadro-resumen de las decisiones a tomar en relación con los aspectos contextuales de la observación

Cuándo observar: *Muestreo de tiempo*	— Durante cuánto tiempo va a observarse. — En cuántas sesiones. — Con qué periodicidad. — Con qué intervalos de observación/registro.
En qué situaciones: *Muestreo de situaciones*	Consideración de si la conducta: — Varía en función de estímulos externos. — Varía en función de sus relaciones funcionales. — Es estable (y en qué medida) o dependiente de distintas situaciones.
A qué sujetos: *Muestreo de sujetos*	— Selección focalizada de sujetos. — Selección de intervalos de observación. — Elección de un criterio de razón fija o variable. — Rotar el criterio de elección de los sujetos.
En qué lugar	Situaciones naturales.
	Situaciones artificiales.

cia de la pareja de observación) (Fernández Ballesteros, 2004), es aconsejable prolongar el entrenamiento durante el período de observación, lo que permitirá además ir solucionando los problemas que vayan surgiendo durante este período.

2.6. Observación y registro de lo observado

Una vez que se han completado los pasos anteriormente descritos, llega la hora de la observación propiamente dicha. Cabe subrayar que el registro preciso y riguroso de las conductas es un elemento imprescindible de cualquier procedimiento de modificación de conducta. En primer lugar, observaremos y registraremos con objeto de evaluar la conducta con anterioridad a cualquier tipo de intervención; en otros términos, se observa y registra para establecer la línea base del comportamiento o comportamientos objetivo, lo que permitirá diseñar el tipo de intervención más adecuado. Observaremos posteriormente la conducta durante el tratamiento de forma que podamos determinar si se están produciendo los cambios apetecidos. Y, siempre que sea posible, observaremos también cuando ha acabado la fase de intervención; de esta forma, podremos apreciar si los cambios que se han producido con el programa de intervención se mantienen una vez que este programa ha finalizado.

Es especialmente útil que los registros sean visibles y tengan alguna forma de representación gráfica ya que son, por sí mismos, una fuente de reforzamiento para los que participan en el programa de modificación. Incluso, en ocasiones, mostrar los datos puede conducir a mejoras en la conducta sin que sea necesario aplicar una intervención (Martin y Pear, 2007).

2.7. Evaluación de la fiabilidad del registro

¿Cómo asegurar que los datos obtenidos mediante la observación sistemática son objetivos? Sin duda, la confianza en este procedimiento se logra cuando es posible contar con más de un observador. En la medida en que dos observadores independientes (y entrenados) coinciden respecto a los datos registrados, podemos confiar en que esos datos son objetivos. Es lo que se denomina *fiabilidad interobservador*. La cuantificación de la fiabilidad interobservadores puede realizarse mediante porcentajes de acuerdo o mediante la estimación de coeficientes de correlación. En cualquier caso, los índices de concordancia se obtendrán en función del parámetro de conducta utilizado: ocurrencia, frecuencia y duración (Anguera, 1990).

Índices de ocurrencia

Imaginemos que dos observadores están registrando la ocurrencia de la conducta en el aula de «levantarse del pupitre sin pedir permiso». Para ello, estos observadores han dividido una hora de clase en 12 intervalos de observación de 5 minutos, durante los cuales registraron si se producía o no la conducta objetivo. Éstos podrían ser sus registros:

«Levantarse sin permiso»	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	T
Observador 1	X	X	0	0	X	X	X	X	0	X	X	X	9
Observador 2	X	0	0	X	X	X	X	X	X	0	X	X	9

Los dos observadores registraron nueve conductas de «levantarse sin permiso» pero se pusieron de acuerdo en sólo ocho de los 12 intervalos. La forma más sencilla de calcular la fiabilidad es el *acuerdo porcentual:* dividir el número de acuerdos por el total de observaciones. Así, 8/12 = 0,67. Suele considerarse como valor aceptable el que se encuentra entre 0,8 y 1, por lo que podríamos decir que esta observación no tiene suficientes garantías de fiabilidad. En el caso de que la conducta ocurriera poco, se

podría calcular la fiabilidad teniendo en cuenta sólo el número de acuerdos acerca de la aparición de la conducta (*índice de fiabilidad corregido*). En nuestro caso, la fiabilidad sería de 0,58 (7/12). Los índices de acuerdo tienden a ser optimistas en relación con la estimación de la fiabilidad ya que no consideran los acuerdos entre observadores que se deben sólo al azar. Para corregir este sesgo suele recurrirse al índice *kappa* de Cohen (1960), en el que se considera tanto la proporción de acuerdos observados realmente (p_0) como la proporción de acuerdos al azar (p_e) mediante la fórmula $(p_0 - p_e)/1 - p_e$.

Índices de frecuencia

En relación con la frecuencia pueden utilizarse de nuevo los índices que muestran el grado de acuerdo entre los observadores mediante la fórmula de menor número de observaciones partido por el mayor número de observaciones. Por ejemplo, pensemos en dos observadores que están registrando la conducta de decir tacos en un intervalo de una hora; el observador 1 registra 25 emisiones de la conducta y el observador 2 registra 27. El índice de acuerdo resultaría de dividir 25 entre 27, lo que nos llevaría a un grado de acuerdo de 0,9, un valor aceptable, ya que está entre 0,8 y 1. No obstante, y como sucediera en función de la ocurrencia, los índices de acuerdo tienden a sobreestimar el grado de concordancia entre observadores. En el caso de la frecuencia puede recurrirse a la correlación entre las puntuaciones de los observadores, por ejemplo, mediante la conocida fórmula de Pearson.

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^{n} Z_{x_i} Z_{y_i}}{n-1}$$

Índices de duración

Como ocurriera con la frecuencia, se puede hallar el índice de acuerdo entre observadores dividiendo sencillamente el número menor de duración observada entre el número mayor de duración observada. Una vez más, los valores aceptables estarán en índices de entre 0,8 y 1. Pero nuevamente hay que recordar que estos índices inflan el grado de acuerdo, por lo que es más recomendable utilizar la *kappa* de Cohen que ha sido posteriormente rectificada por otros autores (Anguera, 1990).

No obstante, cabe recordar que la fiabilidad de los datos extraídos a través de observación sistemática no sólo se reduce al grado de acuerdo entre observadores sino al nivel de rigurosidad y exactitud lograda en todo el proceso: desde la definición del comportamiento hasta la situación de observación y el entrenamiento de los observadores (Hawkins y Dotson, 1975).

2.8. Análisis de la información contenida en el registro

El análisis de los datos que contiene el registro ha de ponerse en relación con el planteamiento del problema que en su momento nos decidió a realizar una observación sistemática de una o varias conductas, o, en otras palabras, cualquier análisis e interpretación de la información debe estar subordinado al objetivo y naturaleza de los datos recogidos. Éste es el resultado de un proceso que puede ser nuestro punto de partida para iniciar una intervención, para valorar el efecto de ésta y, por supuesto, para adoptar una serie de decisiones (Anguera, 2003b).

3. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

La observación sistemática realizada en situaciones naturales es un procedimiento de evaluación conductual que permite ser implementado en una amplia variedad de contextos entre los cuales los más destacados son (Anguera, 1981, 1991):

— La familia. El entorno familiar permite una gran variedad de posibilidades de observación que van desde la observación de las relaciones que existen entre los comportamientos de distintos miembros (madre-hijo) hasta las conductas disfuncionales relacionadas

con hábitos de sueño o de control de esfínteres. Son, en muchas ocasiones, alguno o algunos miembros de la familia los que se incorporan al proceso evaluativo como observadores (con la consiguiente ventaja de coste).

— La escuela. Los niños pasan mucho tiempo en el colegio y es éste un marco ideal para acercarse al conocimiento de una serie de conductas y actividades: la forma en que los niños se relacionan, las conductas relacionadas con el rendimiento académico, etc. Es también el contexto en el que surgen problemas específicos, y la observación sistemática permite abordar comportamientos problemáticos en el aula, dificultades de interacción con los compañeros o con otros adultos, etc.

— Las instituciones. Se contemplan aquí las amplias posibilidades que ofrece la observación sistemática en relación con el comportamiento de sujetos que, por sus características, reciben una atención especial que les vincula a una institución determinada. Deportistas, personas hospitalizadas, mujeres en hogares de acogida podrían ser algunos de los ejemplos.

4. LOS PROBLEMAS DE LA OBSERVACIÓN

La observación sistemática, como procedimiento de recogida de información, está sujeta a la posibilidad de que surjan problemas de índole metodológica. Fundamentalmente los errores o problemas que surgen tienen que ver con el sujeto observado, con el observador y con el sistema de observación.

4.1. El sujeto observado

El mero hecho de sentirse observado puede hacer que los sujetos varíen su comportamiento, por ejemplo, haciendo que éste sea menos frecuente. Esta fuente de sesgos se denomina *reactividad.* Tenemos que tener en cuenta que el procedimiento de la observación incluye variaciones en el ambiente en el que se produce naturalmente la conducta. Es conveniente, pues, introducir un período de adaptación del sujeto a la situación de observación.

4.2. El observador

La observación sistemática está realizada por personas que son, en sí mismas, fuentes de diversos tipos de sesgos.

Como se ha descrito anteriormente, una de las garantías de fiabilidad de la observación es el *entrenamiento* de los observadores. Los observadores han de recibir un entrenamiento que se prolongue el tiempo suficiente como para que manejen eficientemente la técnica y sean capaces de proporcionar datos con altos niveles de concordancia. Este entrenamiento ha de prolongarse para evitar el ya mencionado efecto *deriva,* que opera en el sentido de introducir un cambio gradual en la forma de identificar las conductas por parte de los observadores. A lo largo del proceso observacional, los observadores se familiarizan con las conductas y pueden modificar poco a poco la definición de la conducta de manera que, por ejemplo, registren cambios que no se están produciendo realmente. Este sesgo puede subsanarse mediante un control periódico de las observaciones. Por último, las *expectativas* del observador pueden convertirse en otra fuente de sesgos de la observación. Así, por ejemplo, puede aparecer la tendencia a registrar conductas que, de alguna forma, tiendan a confirmar hipótesis del observador. Para minimizar este tipo de sesgo, Kazdin (1980) aconseja que los observadores entrenados desconozcan las particularidades del caso y, si hubiera que utilizar observadores allegados al sujeto (por ejemplo, los padres), hacer hincapié en su entrenamiento y no hacerles partícipes de las expectativas del evaluador.

4.3. El sistema de observación

Por último, aludimos aquí a los errores que pueden producirse por efecto del propio sistema de observación. En primer lugar, el propio *tipo de registro* elegido puede afectar a la fiabilidad y validez de los

TABLA 4.5

Resumen de las fuentes de error de la observación sistemática

Problemas metodológicos procedentes de:		
El sujeto observado	**El observador**	**El sistema de observación**
La reactividad.	Entrenamiento. Expectativas. La deriva.	Tipo de registro. Pérdida de información. Representatividad de la muestra de datos.

datos. En líneas generales, los errores debidos al tipo de registro pueden subsanarse definiendo claramente las conductas a observar (de manera que sean fácilmente identificables) y reduciendo el número de conductas o categorías a observar (la fiabilidad y validez de los registros aumentan en la medida en que se reduce el número de conductas que contempla).

Otro problema derivado del sistema de observación es la *pérdida de información* al utilizar las fichas de registro. Antes de realizar la observación, hemos definido las conductas que se van a registrar, y es posible que aparezcan otras que, al no estar contempladas con antelación, se pierdan. Para remediar este problema conviene incluir, en los protocolos de registro, un espacio que permita hacer anotaciones sobre acontecimientos eventuales no contemplados previamente.

Finalmente, otro problema asociado con el sistema de observación tiene que ver con la *representatividad de la muestra de datos registrada.* En este sentido es importante que la conducta se observe en todas aquellas situaciones en las que es probable que aparezca, así como realizar períodos de registro cortos pero numerosos a lo largo de todo el día.

5. EJEMPLO

Ana es una estudiante universitaria que vive con su madre y su hermano. A través de una entrevista que se realiza a la madre, sabemos que Ana está obsesionada con la limpieza. Según su madre, se lava las manos y se ducha con tanta frecuencia que ocupa una parte importante del tiempo que pasa en

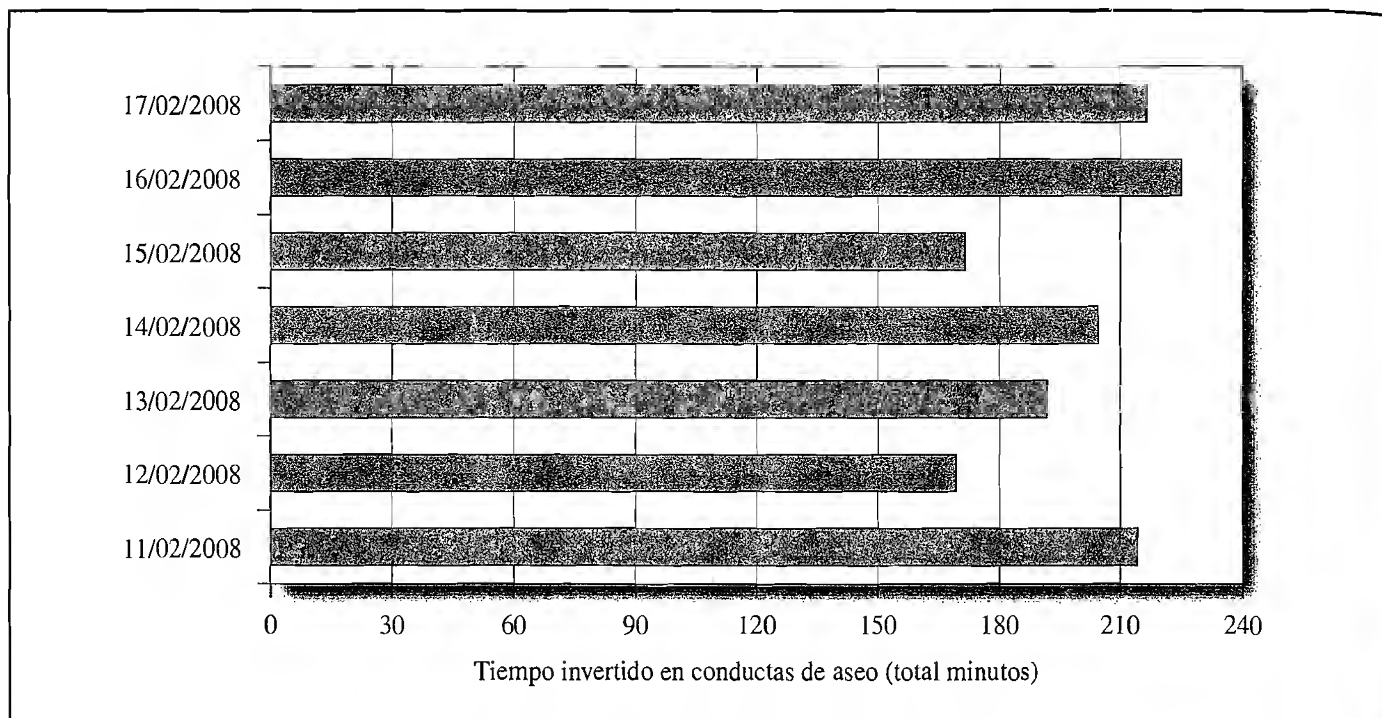
Conductas a observar:
Lavado de manos (L) Duchas (D) Limpieza de agarradores de la puerta (A)

Fecha de observación:	22/01/07
Observador:	Madre

Estímulo antecedente (qué ocurre antes)	Conducta	Hora de inicio	Hora de fin	Duración
Antes de desayunar	D	7:30	8:30	60 m
Fin del desayuno	L	8:55	9:00	5 m
Llega de la universidad	D	15:00	15:46	46 m
El hermano llega de trabajar	A	19:35	19:43	8 m
La madre llega con compra	A	20:05	20:09	4 m
Tras meter la compra en el frigorífico	L	20:10	20:15	5 m
Llega por la noche de estar en una discoteca	D	01:15	02:05	50 m
Total duración				**2 h 58 m**

casa. Se lava las manos siempre que toca algo que ha llegado de fuera de casa (correo, paquetes de la compra, revistas, el abrigo de los que llegan) y se ducha cada vez que llega a su casa de la universidad, o de hacer la compra, o de salir con sus amigos. En los últimos meses ha comenzado también a limpiar los agarradores de las puertas si ella, su madre o su hermano los tocan al llegar a casa. Lo que teme es contraer algún tipo de enfermedad contagiosa y realiza todas estas conductas para prevenirlo. Cada vez que su madre o su hermano dicen a Ana que invierte demasiado tiempo en su aseo personal, ésta se defiende y dice que no es para tanto, que están exagerando y que su preocupación por la higiene es normal. Con objeto de dimensionar las conductas problema se confecciona un registro dirigido a observar cuáles son los estímulos antecedentes de las conductas rituales y la duración de éstas.

Transcurrida una semana de observación, los datos se expresaron en una gráfica y se presentaron a Ana, lo que ayudó a que se hiciera más consciente del problema y se animara a seguir un tratamiento.



6. CUANDO EL OBSERVADOR ES EL PROPIO SUJETO: LA AUTOOBSERVACIÓN CONDUCTUAL

No serán pocas las veces en las que la observación sistemática, siendo el método más recomendable en modificación de conducta, resulte inelegible. En algunas ocasiones, no será el método de elección porque resulte excesivamente caro o porque sea inviable trasladar observadores al ámbito en el que se produce la respuesta a registrar. En otras ocasiones, la observación sistemática no será el procedimiento adecuado ya que las conductas a observar son de carácter íntimo (como conductas sexuales), poco evidentes para observadores externos (como palpitaciones) o de carácter encubierto (pensamientos, fantasías). Es en estos casos cuando puede recurrirse al sujeto como observador de su conducta.

Técnicamente, entendemos por autoobservación el proceso que implica de una doble manera al sujeto: por un lado, le hace prestar una atención deliberada a su propia conducta y, por otro, a registrarla de acuerdo con un sistema que se establece previamente.

Entre las ventajas de esta técnica conviene apuntar que se trata de un procedimiento eficaz y relati-

vamente poco costoso, apropiado para la medición de conductas encubiertas o de aquellas que se producen en un entorno de privacidad o intimidad, además de ser un procedimiento no intrusivo (Cole, Marder y McCann, 2000). Otra ventaja de la autoobservación es su potencial valor terapéutico, ya que puede actuar como un factor que motiva el cambio y como un componente activo de la intervención que, en ocasiones, es ya útil por sí mismo (Avia, 1981).

6.1. Procedimiento

Toda vez que se ha escogido la autoobservación como el método de evaluación más indicado, el procedimiento para su implementación es básicamente el mismo que se ha desarrollado para la observación sistemática, y contempla, pues, los siguientes pasos.

6.1.1. *Definición de la conducta objetivo*

La mayor parte de las ocasiones nos vamos a encontrar con que las personas refieren de forma vaga y abstracta lo que les pasa («me siento mal», «estoy nervioso»); en otras ocasiones tienen una idea más concreta pero aún poco operativa de aquello que quieren cambiar («como demasiado», «no puedo concentrarme»). El primer paso de la autoobservación será definir en términos claros, específicos y precisos la conducta o conductas a observar.

6.1.2. *Selección del método de medición*

Según las características de la conducta que el sujeto tiene que observar puede solicitarse el registro de la *frecuencia* con que ocurren determinados sucesos (el número de veces que el sujeto hace una caricia a su pareja) o la *duración* de ciertas conductas (como por ejemplo el tiempo que ocupa paseando o en otra actividad física) o su *intensidad* (por ejemplo, que anote la intensidad de los dolores menstruales). En ocasiones puede registrarse no la conducta directa sino los *resultados* de ésta (por ejemplo, en vez de anotar el número de calorías, podría registrarse la cantidad de peso perdido). En algunos casos, los parámetros de frecuencia y duración pueden no ser los adecuados en relación con algunos sucesos internos (tales como pensamientos obsesivos). Aquí, el sujeto podría registrar simplemente la ausencia o presencia de las obsesiones en intervalos regulares de tiempo, valorando asimismo su intensidad o el malestar que le producen (Avia, 1986).

6.1.3. *Elaboración de una hoja de autorregistro*

Es aconsejable seleccionar una técnica de registro que sea sencilla y que no altere la conducta del sujeto. Dependiendo de la conducta que ha de anotarse, puede ser interesante que la técnica de registro sea transportable, de tal forma que el sujeto pueda registrar la conducta tan pronto como ocurra. La estructuración de la hoja de registro dependerá de los objetivos: en ocasiones los protocolos incorporan datos sobre los antecedentes y consecuentes de la conducta, así como una topografía específica de ésta (véase la tabla 4.6); en otras, el protocolo será tan sencillo como para permitir observar la ocurrencia de una conducta (véase la tabla 4.7).

6.1.4. *Entrenamiento del sujeto*

Previamente al entrenamiento específico en el procedimiento y recogida de datos, el sujeto tiene que ser consciente de la necesidad de la autoobservación. Es importante, pues, hacerle ver que a veces nuestra memoria es imprecisa en relación con el recuerdo de aspectos concretos de nuestra conducta o que algunas de nuestras conductas se realizan de forma un tanto automática, por lo que la focalización de la atención y el registro sistemático se hacen necesarios. Una vez que se ha discutido con el sujeto la importancia de la recogida de datos, el entrenamiento debería contemplar todas las fases del procedimiento (Kanfer, 1991): desde la especificación de

TABLA 4.6

Autorregistro: miedo a volar

Instrucciones: en este autorregistro debe anotar cada vez que viaje en avión, la fecha del vuelo, origen y destino, la duración y condiciones del vuelo (nublado, tormenta, tiempo estable, si va solo o acompañado), así como la ansiedad que experimenta en el momento del despegue y durante el vuelo (de 0 a 10 donde 0 será que no experimenta ninguna ansiedad y 10 una ansiedad máxima).

Fecha	Origen/ destino	Duración	Condiciones de vuelo	Ansiedad en despegue	Ansiedad en el vuelo
11/01/08	MAD-BARNA	50 min.	Vuelo solo. Tiempo estable.	6	4-5
11/01/08	BARNA-MAD	50 min.	Vuelo solo. Anochecido.	8	6-7
15/01/08	MAD-LOND	2 horas	Vuelo con dos compañeros. Tiempo estable.	5	3-4
16/01/08	LOND-MAD	2 horas	Vuelo con dos compañeros. Nublado.	7	4-5
14/02/08	MAD- PARÍS	2 horas	Tiempo estable. Con mi esposa.	4	2-3
17/02/08	PARÍS-MAD	2 horas	Anochecido. Con mi esposa.	5	3-4

TABLA 4.7

Autorregistro de frecuencia de una niña con enuresis nocturna

Instrucciones: «Isabel, te voy a dar una hoja para que podamos ver cuándo te has hecho pis en la cama y cuándo no. Vamos a pegar esta hoja en tu habitación y cada mañana rellenaremos una casilla: si cuando te levantes vemos que no te has hecho pis, pegarás una pegatina con una cara sonriente; si te has hecho pis, pegarás una cara triste. ¿Lo has entendido?».

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

la clase de conductas que tiene que observar y sus parámetros hasta la forma y contexto de la recogida de datos y la representación gráfica de los datos recogidos. Para todo ello se hace necesario practicar con el sujeto a través de ejemplos concretos de todo el proceso y reforzar sus conductas de autoobservación y registro.

6.1.5. *Autoobservación y registro de la conducta observada*

Una vez que el sujeto está entrenado, es el momento de la autoobservación y el registro propiamente dicho. Es especialmente importante insistir en que el registro debe realizarse lo más cerca posible de la emisión de la conducta. En ocasiones, para asegurar la cooperación del sujeto en las tareas de autoobservación, pueden utilizarse los contratos conductuales. En estos contratos se expresará que la meta final es la realización del autorregistro, las conductas a registrar, los intervalos de observación, así como el refuerzo contingente al cumplimiento de la autoobservación o las consecuencias aversivas en caso de no cumplirlo (Avia, 1981).

6.1.6. *Representación gráfica de los datos de autorregistro*

Este paso, aunque puede no ser necesario, es de gran utilidad, ya que cumple al menos tres funciones importantes (Mace y Kratochwill, 1989):

— En la idea de que una imagen vale más que mil palabras, la representación gráfica resume la ejecución del sujeto de forma precisa y fácil de comprender.
— Suministra información sobre la tendencia de la conducta (si disminuye, si se estabiliza, si aumenta).
— Proporciona feedback tanto al individuo como a sus allegados de cómo evoluciona la conducta, lo que puede operar como refuerzo o castigo de ésta.

6.2. Problemas metodológicos

Que sea el propio sujeto el observador plantea potenciales problemas de fiabilidad y validez acerca de la información recogida, unos problemas que pueden disminuirse aplicando procedimientos específicos tales como (Merrell, 2008; De la Puente, Labrador y Arce, 1993):

— Proporcionar al sujeto un buen entrenamiento.
— Utilizar formatos sistemáticos y estructurados de recogida de información.
— Hacer uso de un procedimiento de autoobservación que sea económico para el sujeto, que le requiera un mínimo de tiempo y energía para seguirlo.
— Realizar ocasionalmente comprobaciones de la precisión de los autorregistros.
— Reforzar al sujeto por la precisión de sus observaciones.

6.3. Ejemplo

Jaime tiene problemas con el control de su peso. Lleva en tratamiento con un endocrino seis meses. En los dos primeros meses perdió 9 kilos, 5 kilos más durante los cuatro meses siguientes y hace dos meses que no logra perder peso. Jaime sigue estrictamente la dieta prescrita, pero no parece haber cambiado sus hábitos sedentarios, lo que podría explicar por qué no baja de peso. Pretendemos evaluar cuáles son sus hábitos relacionados con la actividad física atendiendo al parámetro de duración de estas actividades.

Las conductas se describen en estos términos:

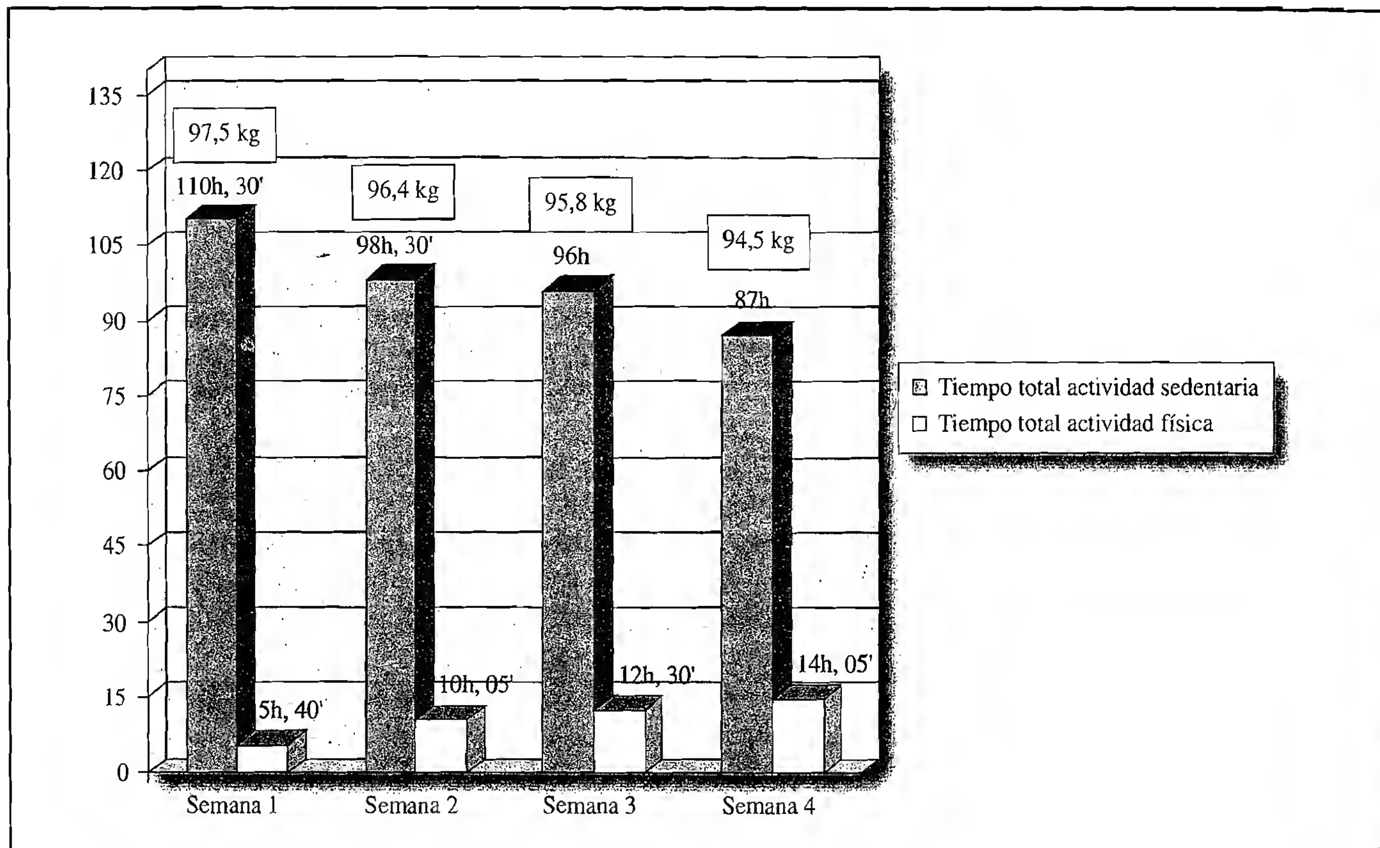
— ESTAR SENTADO leyendo, viendo la televisión, frente al ordenador, etc.
— CAMINAR en desplazamientos, dando paseos, etc.
— SUBIR O BAJAR ESCALERAS en la facultad, en su domicilio, etc.
— HACER DEPORTE en el gimnasio, montando en bicicleta, nadando, etc.
— DORMIR durante la noche, la siesta.

Se registrará el tiempo que cada día dedica a cada una de estas actividades, contado en horas y minutos. El momento de registro será contingente a la terminación de la actividad, por lo que Jaime se compromete a llevarla consigo durante todo el día. Al cabo de una semana, tendrá que computar el tiempo que ha dedicado a actividades que suponen un consumo de calorías y a actividades sedentarias. El lunes antes de desayunar se pesará y consignarán en una gráfica los tres datos: peso, tiempo total de actividad y de inactividad.

El gráfico en el que se van acumulando los datos semanales se situará en un lugar visible de forma que se apreciaría la relación entre la actividad física y el decremento de peso.

Hoja de autorregistro. Primera semana

Actividad	L/1	M/2	X/3	J/4	V/5	S/6	D/7	
Dormir	8h 30'	8h 15'	8h 10'	8h 30'	8h 10' +45'	10h +45'	8h 30' +1h 15'	Total = 110 h 30 min
Estar sentado	4h + 2h 30'	4h 30' + 3h 15'	5h 15' 2h 10'	5h 30' + 2h 15'	4h 45' + 1h 20'	1h 30'+ 2h 15'+3h	4h 10' + 1h 30'	
Caminar	20' + 20'	22' + 20'	25' + 20'	20' + 25' + 10'+15'	20' + 22' + 10'+12'	20' + 15' + 10'	15' + 12'	Total = 5 h, 40 min
Subir/bajar escaleras	2'	2'	1'	1'	1'	—	—	
Hacer deporte	—	—	—	—	—	—	—	



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Crespo, M. y Larroy, C. (1998). «Observación conductual» y «Autoobservación conductual». En *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios.* Madrid: Dykinson.

De la orientación práctica de este libro son buenos ejemplos los dos capítulos reseñados que permiten abordar la observación conductual de una manera extraordinariamente operativa.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). La observación. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos.* Madrid: Pirámide.

En el capítulo reseñado se ofrece, de forma esmerada y sistemática, un desarrollo de esta técnica de evaluación. Es especialmente interesante la forma en que se abordan las cuestiones relativas a la fiabilidad, validez y exactitud de las observaciones.

Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (eds.) (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* 8.ª ed. Madrid: Pirámide.

En este manual se incluyen capítulos independientes para la observación conductual y la autoobservación y se ofrece una minuciosa información sobre el procedimiento de ambas técnicas.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Carmen está disgustada con su novio y nos lo cuenta. ¿Cuál de las siguientes quejas está descrita en términos conductuales?

   a) Mi novio es muy impuntual y no le importa hacerme esperar.
   b) Mi novio se muestra agresivo y con problemas de autocontrol.
   c) Mi novio se niega a hablarme cada vez que me pinto los labios.

2. Una maestra nos describe a Manuel, un niño de 6 años. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es una definición conductual?

   a) Manuel presenta conductas de niño hiperactivo.
   b) Manuel no está más de 5 minutos sentado y se levanta sin pedir permiso.
   c) Manuel se porta mal para llamar mi atención y la de sus compañeros.

3. María se queja de que su marido fuma demasiado pero su marido insiste en que exagera y se pone a la defensiva. María quisiera hacérselo ver a su marido sin levantar sus suspicacias, por lo que hemos aconsejado que registre la conducta de fumar de su marido mediante un método:

   a) Productos permanentes.
   b) Intervalo completo.
   c) Frecuencia.

4. Juan es un adolescente de 14 años que ocupa un tiempo que su madre considera creciente y excesivo jugando con su videoconsola. Para registrar esta conducta lo más adecuado sería utilizar un método de:

   a) Frecuencias.
   b) Intervalo parcial.
   c) Intervalo completo.

5. Fernando tiene dificultades para relacionarse con las chicas de su edad. Aunque puede mantener una conversación con sus amigas, siente que se le acelera el pulso y teme que los demás noten su incomodidad. Para observar estas conductas lo más oportuno sería recurrir a:

a) Que su mejor amigo observara y registrara la forma en que se comporta Fernando en situaciones de interacción con el otro sexo.
b) Que Fernando cumplimentara un autorregistro en el que se recogiera la intensidad de la sensaciones fisiológicas y lo que piensan antes y después de mantener una conversación con chicas.
c) Que su mejor amigo observara y registrara la frecuencia con que Fernando inicia una conversación con sus amigas.

6. En relación con la observación sistemática:

a) Las descripciones acerca de los rasgos de una persona nos dan una información más completa acerca de los motivos de su conducta.
b) Una definición descriptiva de respuestas manifiestas incrementa la posibilidad de acuerdo interobservadores.
c) En las definiciones conductuales es importante plantearse cuál es la intención con la que el sujeto realiza un determinado comportamiento.

7. Con el registro de secuencias de conducta hacemos referencia a:

a) El registro de los antecedentes y consecuentes de la conducta.
b) El registro de la conducta, así como la interpretación de la finalidad que esta conducta tiene.
c) El registro de los productos permanentes de la conducta.

8. La observación en situaciones naturales es:

a) Siempre que sea posible, la opción más deseable.
b) La situación que ofrece más dificultades en relación con la validez externa de lo observado.
c) La situación de observación en la que se espera que el observador pueda influir en la conducta del sujeto.

9. El sesgo de deriva del observador se refiere a:

a) La falta de distancia del observador respecto del sujeto observado.
b) La modificación gradual de la forma de definir la conducta objetivo.
c) La falta de definición de las conductas a observar.

10. Los problemas de fiabilidad que pueden producirse cuando es el propio sujeto el que observa y registra su conducta se minimizan cuando:

a) El sujeto ha comprendido la necesidad de aplicar este procedimiento de evaluación.
b) Las hojas de autorregistro incluyen un amplio número de conductas a observar y exigen del sujeto un esfuerzo importante de concentración.
c) El sujeto ha recibido un buen entrenamiento y se le refuerza por la precisión de sus observaciones.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	a	c	b	b	a	a	b	c

Evaluación psicofisiológica 5

ENRIQUE G. FERNÁNDEZ-ABASCAL
ALFONSO ROA ÁLVARO

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación psicofisiológica es un procedimiento de observación instrumentalizado que nos permite obtener información sobre procesos psicofisiológicos y procesos psicológicos encubiertos, que difícilmente pueden ser evaluados de otra manera. Es decir, es una técnica que, valiéndose de sistemas de registro de la actividad fisiológica, nos permite la recogida de información relevante para la realización del análisis conductual. Este tipo de información sobre cambios en su actividad fisiológica no es totalmente accesible para el paciente, ni aun cuando estos cambios sean tan extremos que produzcan un mal funcionamiento fisiológico y la consiguiente aparición de sintomatología somática, ya que los períodos de latencia e incubación de los mismos hacen difícil establecer sus condiciones de aparición/supresión y, a su vez, su valoración subjetiva tan sólo tiene validez informativa, pero nunca cuantitativa ni cualitativa. Así pues, los procedimientos de autoinforme no son técnicas adecuadas para la obtención de este tipo de información, como tampoco lo son los procedimientos de autoobservación o autoauscultación y autorregistro, por cuanto estas técnicas generan efectos reactivos negativos, aumentando la sintomatología objeto de la observación. Consiguientemente, la evaluación psicofisiológica es un instrumento más al servicio del análisis conductual y, en este contexto, sus funciones serán las de extraer información, servir para la planificación de la intervención y para la verificación de los resultados.

A pesar de la aportación que supone la evaluación psicofisiológica a la práctica de la psicología clínica, hay que calificar su uso como restringido, debido a que es una aportación más reciente y quizá no tenga aún en todos los campos la implantación que cabría esperar. Durante muchos años la psicología ha relegado la evaluación de actividades psicofisiológicas a situaciones de laboratorio y de investigación para la estimación de procesos encubiertos, pero precisamente cuando estos procesos han manifestado su importancia en la práctica clínica, el interés por evaluarlos ha ido en aumento. Así pues, durante mucho tiempo la evaluación psicofisiológica ha sido un método para la obtención de conocimiento científico, y sólo recientemente se la ha contemplado como una técnica útil para suministrar información a integrar dentro de un proceso general de evaluación.

2. CONCEPTO DE EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA

La aparición de la evaluación psicofisiológica en el contexto clínico implica que en la mayor parte de la modificación de conducta, a excepción de las técnicas de biofeedback, no se hace apenas referencia a procesos psicofisiológicos, por lo que resulta necesario delimitar lo más exactamente posible que es lo que se entiende hoy por evaluación psicofisioló-

gica, que objeto tiene y cuáles son sus principales campos de aplicación.

2.1. Definición

Antes de intentar delimitar lo que es la evaluación psicofisiológica, es preciso revisar algunos conceptos previos que puede dar lugar a interpretaciones erróneas.

El primer concepto que es necesario abordar, a la hora de delimitar lo que es la evaluación psicofisiológica, se refiere a la diferenciación existente entre un proceso de evaluación psicofisiológica y uno exclusivamente fisiológico, ya que la utilización de instrumentos de registro equivalentes lleva frecuentemente a la creencia de que se trata de los mismos procesos. A pesar de los elementos comunes que comparten, hay muchos elementos que los diferencian, pero sin duda el más importante de todos es la contextualización del proceso; así la evaluación exclusivamente fisiológica es de carácter asituacional, es decir, se realiza la medición de la actividad fisiológica despreciando las condiciones psicológicas bajo las que tiene lugar el registro; siendo, por contra, la evaluación psicofisiológica un proceso situacional en que precisamente lo importante es encontrar la relación existente entre determinadas condiciones psicológicas y la actividad fisiológica.

Un segundo equívoco, que normalmente se refiere a la actividad objeto de medida, es el de su estabilidad. Es decir, la primera asociación que suele realizarse de las respuestas psicofisiológicas tiene lugar con la medida de la temperatura corporal, o con la medición clínica de las presiones arteriales; en ambos casos parece que estos parámetros fueran algo estable e invariante a lo largo de amplios períodos de tiempo y que su variación sólo tendría lugar como consecuencia de alguna alteración patógena, como un estado febril o el daño en algún órgano; es decir, imaginamos su evolución a lo largo de un día como una línea recta, prácticamente carente de cualquier tipo de fluctuación. Sin embargo, los parámetros fisiológicos sufren importantes fluctuaciones. Así, en el caso de la temperatura corporal se presentan oscilaciones a lo largo del día debido a los ritmos circardianos y procesos metabólicos, y en el caso de la presión arterial a esas variaciones se le suman una gran multiplicidad de respuestas emocionales y cognitivas que las personas presentan a lo largo de ese período. Es decir, hay parámetros fisiológicos que principalmente reflejan la propia actividad somática, como es el caso de la temperatura central, y, por contra, otros parámetros suman a la actividad somática la psicológica, como es el caso de la presión arterial. Así pues, el interés de la evaluación psicofisiológica se centrará en los parámetros fisiológicos más reactivos a la actividad psicológica, como es el caso del ejemplo puesto de la presión arterial.

Un tercer concepto equívoco es el de tomar los índices psicofisiológicos como índices fisiopatológicos. Los índices fisiopatológicos reflejan de forma directa disfunciones biológicas, sin implicación de procesos psicológicos; su objeto es identificar criterios diagnósticos objetivos y servir como indicadores discriminativos entre trastornos. Mientras que los índices psicofisiológicos, que en algunos casos pueden actuar como índices fisiopatológicos, lo que hacen es poner de manifiesto las relaciones funcionales y las interacciones entre procesos psicológicos y fisiológicos para un individuo concreto.

Un último concepto a diferenciar es el de psicofisiología frente a psicología fisiológica. Para la psicología fisiológica las actividades psicológicas son consideradas variables dependientes, y las puramente fisiológicas, variables independientes. Por contra, se considera que la psicofisiología es el estudio de la relación entre factores fisiológicos y factores psicológicos o conductuales (Kallman y Feuerstein, 1987; Cleary, 1977; Vila, 2001), es decir, que las variables dependientes en este caso son las actividades fisiológicas, y las independientes, las psicológicas.

En la figura 5.1 se recoge un ejemplo que pretende clarificar estos equívocos y que corresponde al registro realizado durante 24 horas de la presión arterial (presiones sistólica y diastólica) en una persona sana y normotensa durante un día cualquiera de su vida cotidiana. En esta figura se puede apreciar, en primer lugar, las grandes fluctuaciones que se

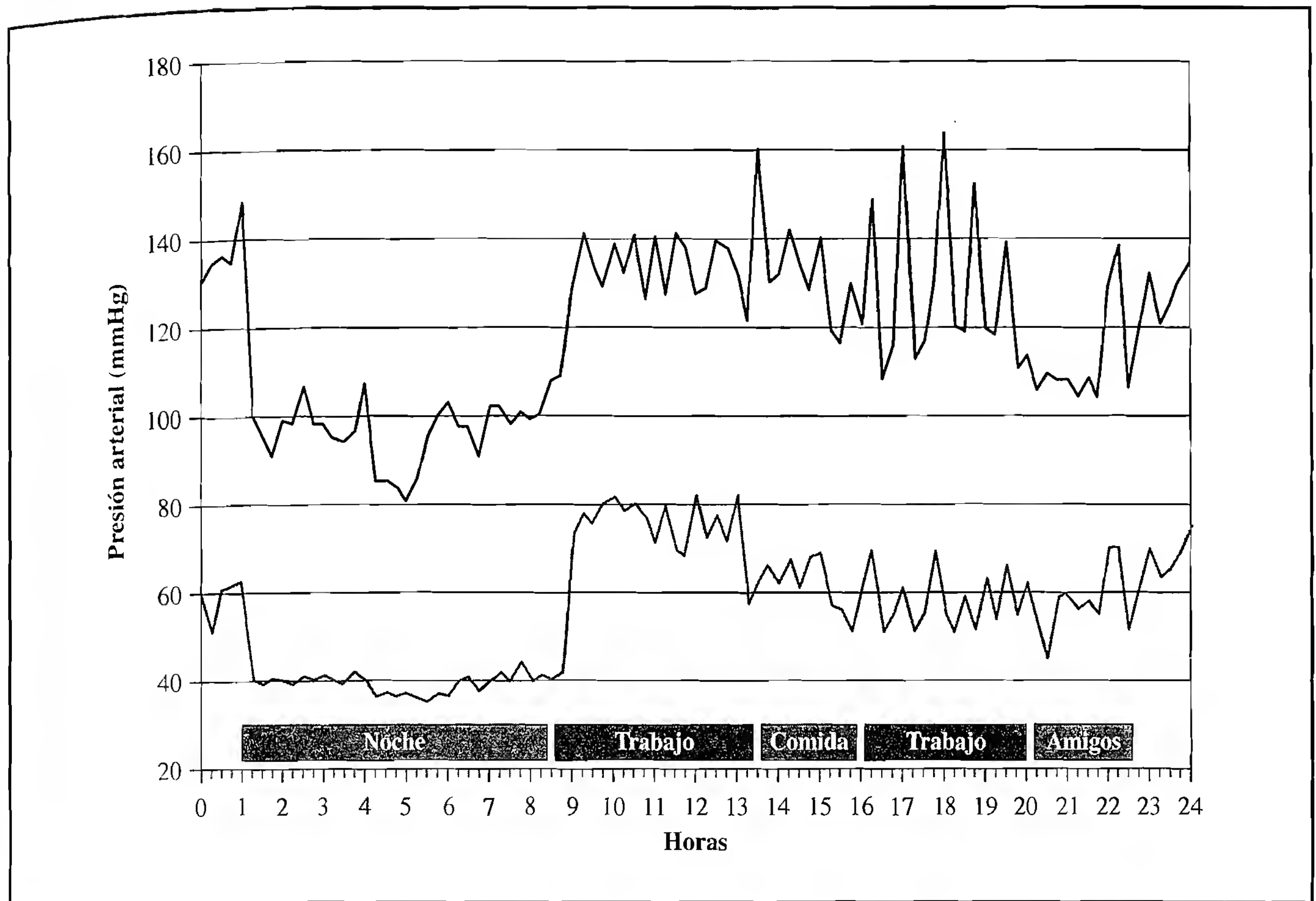


Figura 5.1.—Registro de 24 horas de la presión arterial.

producen en esta actividad a lo largo de un solo día; cómo la mayor de estas fluctuaciones está en función de los niveles de actividad de la persona (el período comprendido entre la 1 y las 9 horas corresponde al período de sueño y las horas restantes a períodos de vigilia), y cómo además se producen otra serie de fluctuaciones principalmente debidas a actividades psicológicas (procesos cognitivos y emocionales). Estas fluctuaciones debidas a la actividad psicológica aparecen tanto durante los períodos de vigilia como durante los de sueño debido a las ensoñaciones. Por último, estas fluctuaciones debidas a la actividad psicológica por sí solas no informan de nada; la información psicofisiológica relevante vendrá dada por el conocimiento de las condiciones que han producido tales fluctuaciones.

Por tanto, la evaluación psicofisiológica no es la medición de diferentes actividades fisiológicas sin más, realizadas de modo independiente de las condiciones y situaciones en las que se encuentra la persona a la que se realizan tales medidas, como ocurre en otros campos, ni es el estudio de los efectos psicológicos que conlleva determinada actividad fisiológica. La evaluación psicofisiológica es un proceso de evaluación situacional en el que una parte muy importante del proceso va a ser precisamente esas condiciones que debemos crear para una correcta interpretación de los cambios, para conocer de qué son consecuencia, de qué tipo de comportamiento son correlatos. Así pues, frente a una medida asituacional o «casual», la evaluación psicofisiológica pretende establecer una relación entre factores comportamentales y respuestas fisiológicas, que necesariamente deberá tener una clara referencia a las condiciones evocadoras de las citadas respuestas.

Así pues, se entiende que el proceso de evaluación psicofisiológica es la evaluación de respuestas fisiológicas provocadas por, o que pueden ponerse

en relación con, las conductas de la persona como aspectos desencadenantes (Stern, Ray y Davis, 1980). En resumen, podemos concluir que la evaluación psicofisiológica es una técnica de evaluación orientada a la observación de los cambios que se producen en la actividad fisiológica de una persona, como consecuencia de una actividad psicológica y que nos proporciona una información que se integra en el conjunto de datos que conforman el análisis conductual de esa persona. Ésta se encuentra estrechamente relacionada con la psicofisiología clínica, que, según Cacioppo, Tassinary y Berntson (2007), se centra en el estudio de los trastornos en las relaciones entre el organismo y el ambiente y que abarca la valoración del trastorno, la intervención y el tratamiento.

2.2. Objeto

El objeto primordial de la evaluación psicofisiológica, como ya se ha mencionado, no es la detección de respuestas fisiológicas en sí misma, sino el establecer cómo afectan las conductas habituales de la persona (sean conductas cognitivas, motoras o, asimismo, fisiológicas) a determinadas respuestas o patrones fisiológicos. Es decir, detectar desviaciones en algún parámetro psicofisiológico que se asocie de manera fiable e inequívoca a un desorden clínico o de la salud en concreto. Esto nos plantea la existencia de tres tipos de objetivos posibles (Steptoe, 2007):

a) Los indicadores psicofisiológicos de estados de enfermedad, como por ejemplo la presión arterial en el caso de la hipertensión. Estos indicadores son una medida directa de las disfunciones fisiológicas que constituyen la enfermedad, y son usados en la evaluación para ponderar el papel de los procesos psicofisiológicos en la etiología de la enfermedad y para valorar el impacto de la intervención.

b) Los marcadores psicofisiológicos de procesos involucrados en la etiología de la enfermedad o marcadores episódicos. Se refieren a aquellas alteraciones psicofisiológicas que tienen lugar exclusivamente durante los episodios o fases de crisis de un trastorno y que nos permiten, por tanto, la determinación del comienzo y del fin de dichos episodios. Estos datos, aunque son más distantes de la enfermedad que los indicadores psicofisiológicos, proporcionan información objetiva con respecto al impacto de los factores psicofisiológicos en la enfermedad.

c) Los marcadores psicofisiológicos no específicos, o indicadores de la vulnerabilidad y la resistencia, se refieren a alteraciones psicofisiológicas que están presentes tanto antes como durante y después de los episodios. Son, por tanto, características psicofisiológicas estables, que permiten detectar a las personas que tiene una predisposición para desarrollar un determinado trastorno. Estas variables no son valoradas como indicadores de los estados específicos de una enfermedad, sino como indicadores más generales de la predisposición psicofisiológica y de la resistencia del sujeto.

Para identificar los marcadores psicofisiológicos, deberemos, en primer lugar, identificar el sistema o sistemas fisiológicos implicados en el trastorno o conducta problema (sistema nervioso central o periférico) y, dentro de éstos, a su vez, los subsistemas o respuestas psicofisiológicos principalmente afectados. En segundo lugar, determinar cuáles son las características del funcionamiento adecuado e inadecuado de tales sistemas fisiológicos, es decir, qué sistemas funcionan adecuadamente y cuáles no y, a su vez, cuál es la forma característica o patrón de respuesta fisiológico de ese mal funcionamiento o, en otras palabras, si se da o no un marcador psicofisiológico en concreto. En tercer lugar, establecer cuál es la relación entre los procesos psicológicos y la actividad psicofisiológica, es decir, cuáles son los principales desencadenantes de esos patrones de mal funcionamiento fisiológico. Y, por último, obtener la información adicional necesaria que sirva de guía para la planificación del tratamiento y que, a su vez, nos permita verificar los efectos de la intervención.

En resumen, la evaluación psicofisiológica es una técnica más que se integra en el proceso de evaluación en el ámbito de la psicología clínica y de la salud y que proporciona una insustituible contribución en el campo de la prevención, la etiopatogénesis, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento.

2.3. Campos de aplicación

La evaluación conductual de las conductas problema y de los trastornos conductuales, para que sea realizada de forma completa e integrada, debe tener en cuenta los tres sistemas de respuesta humana, es decir, los componentes motores, componentes cognitivos y componentes fisiológicos (Lang, 1968, 1971, 1977; Cone, 1979). Históricamente se comenzó dando mayor o exclusiva importancia a los componentes motores o conductas manifiestas externas, para posteriormente integrar junto a éstas a las conductas cognitivas, y sólo recientemente se han comenzado a integrar los componentes fisiológicos.

No obstante lo anteriormente expuesto, que extendería el campo de aplicación de la evaluación psicofisiológica a todo tipo de problemas y trastornos, existe una serie de trastornos en los que los componentes fisiológicos tienen una mayor importancia o transcendencia y será en los que el uso de la evaluación psicofisiológica tendrá máxima pertinencia (Turpin, 1989). Así, los campos de máxima aplicación, siguiendo un orden de mayor a menor pertinencia, son:

a) En primer lugar, tanto por el interés de la información obtenida mediante la evaluación psicofisiológica como por su utilización, tenemos los *trastornos psicofisiológicos* o «psicosomáticos».
b) En segundo lugar tenemos los *trastornos psicológicos con correlatos fisiológicos*.
c) Y, por último, tenemos los *trastornos fisiológicos o físicos con correlatos psicológicos*.

Los trastornos psicofisiológicos son, por tanto, el primer campo de aplicación de la evaluación psicofisiológica. En la tabla 5.1 se recogen los principales trastornos psicofisiológicos que se han estudiado, así como el tipo de actividad psicofisiológica en la que presentan alteraciones y en la que se basa su evaluación. Estas actividades se recogen solamente con carácter orientativo para la elección de medidas a incluir en la evaluación psicofisiológica y no como índices de tales trastornos.

Podemos organizar estos trastornos psicofisiológicos, de un modo más general, en función de los diferentes sistemas fisiológicos que están implicados en ellos:

a) Dentro de los trastornos del *sistema muscular*, tenemos la cefalea tensional, la lumbalgia, la artritis, las tortícolis y el calambre muscular.
b) Dentro de los trastornos del *sistema respiratorio*, tenemos el síndrome de hiperventilación, la disnea y el asma bronquial.
c) Dentro de los trastornos del *sistema cardiovascular*, tenemos la hipertensión esencial, las coronariopatías, las arritmias, las migrañas y la enfermedad y síndrome de Raynaud.
d) Dentro de los trastornos del *sistema cutáneo*, tenemos la dermatitis atípica, la neurodermatosis, la psoriasis y la rosácea.
e) Dentro de los trastornos del *sistema gastrointestinal*, tenemos la gastritis crónica, la úlcera gástrica, la úlcera duodenal, las náuseas, el colon irritable, la hiperacidez gástrica y los espasmos del píloro.
f) Y, por último, en relación con los trastornos del *sistema genitourinario*, tenemos los trastornos menstruales, los trastornos de la micción y la impotencia.

En lo referente a los trastornos psicológicos con correlatos fisiológicos, aunque el uso que se realiza en la actualidad de la evaluación psicofisiológica es menor que para el caso de los trastornos psicofisiológicos, su incidencia en la práctica clínica es habitualmente mayor y, por tanto, hace de ellos un importante núcleo en el campo de aplicación de la evaluación psicofisiológica. En la tabla 5.2 se recogen los principales trastornos psicológicos que se

TABLA 5.1

Trastornos psicofisiológicos y actividades implicadas

Trastorno	Actividad medida
Cefalea tensional	Electromiograma frontal y nuca. Volumen de pulso cefálico.
Contracción ventricular prematura	Frecuencia cardíaca.
Disfunciones sexuales	Circunferencia pene. Volumen pene. Volumen de pulso vaginal. Temperatura vaginal.
Enfermedad de Raynaud	Temperatura periférica. Volumen de pulso periférico.
Hipertensión esencial	Presión arterial. Tiempo de tránsito del pulso. Frecuencia cardíaca. Amplitud de volumen del pulso.
Migraña	Volumen de pulso periférico y cefálico.
Taquicardia	Frecuencia cardíaca.
Trastornos gastrointestinales	pH estomacal. Electrogastrograma. Motilidad estomacal.
Trastornos motores	Electromiograma.
Trastornos respiratorios	Frecuencia y volumen respiratorio.

han estudiado, así como el tipo de actividad psicofisiológica en la que presentan correlatos y en la que se basa su evaluación. Dentro de estos trastornos psicológicos con correlatos fisiológicos cabe mencionar como más importantes:

a) En primer lugar, los *trastornos de ansiedad*. Dentro de ellos, a su vez, los correlatos o alteraciones fisiológicos más importantes que pueden producirse se reflejan en incrementos generales del tono muscular, aumento de la actividad del sistema gastrointestinal, elevación de la frecuencia cardíaca, aumento de la sudoración cutánea, disminución de la secreción salivar, dilatación pupilar e incremento de la diuresis.

b) En segundo lugar estarían los *trastornos depresivos*. Las principales alteraciones fisiológicas que pueden producirse son cambios en la frecuencia cardíaca, elevación del tono muscular, disminución de la conductancia de la piel y reducción de la secreción salivar.

c) En tercer lugar, tendremos los *trastornos esquizofrénicos*. Los principales correlatos fisiológicos que pueden producirse son alteraciones en la conductancia de la piel, caracterizadas por un elevado número de fluc-

TABLA 5.2

Trastornos psicológicos y actividades implicadas

Trastorno	Actividad medida
Agorafobia	Frecuencia cardíaca. Conductancia de la piel.
Estrés postraumático	Frecuencia cardíaca. Conductancia de la piel. Movimientos corporales.
Fobias simples	Conductancia de la piel. Frecuencia cardíaca. Presión arterial. Electromiograma. Ritmo alfa. Potenciales evocados. Variación negativa contingente.
Fobia social	Frecuencia cardíaca. Presión sistólica.
Insomnio	Electroencefalograma. Electromiograma. Electrooculograma. Frecuencia cardíaca.
Tartamudeo	Electromiograma del masetero.
Trastornos obsesivos-compulsivos	Frecuencia cardíaca. Ritmo sensomotor. Potenciales evocados. Variación negativa contingente.
Trastornos de ansiedad	Frecuencia cardíaca. Conductancia de la piel. Electromiograma.
Trastornos depresivos	Electromiograma. Frecuencia cardíaca. Conductancia de la piel.
Trastornos esquizofrénicos	Conductancia de la piel. Potenciales evocados. Variación negativa contingente. Electrooculografía.
Trastornos de pánico	Electromiograma. Frecuencia cardíaca. Conductancia de la piel. Presión arterial. Ondas alfa y beta.

tuaciones espontáneas y un alto nivel basal, elevación de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial y una alta temperatura periférica.

Por último, en lo referente a los trastornos fisiológicos o físicos con correlatos psicológicos, cabe mencionar:

a) Por una parte, las enfermedades de tipo degenerativo, como el cáncer, las enfermedades crónicas y los estados terminales, con importantes componentes de dolor en su sintomatología.
b) Por otra parte, los procesos de tipo infeccioso, como el sida, y los procesos tóxicos prolongados, como las drogodependencias o el alcoholismo.

3. PRINCIPIOS PSICOFISIOLÓGICOS PREVIOS

3.1. Actividad psicofisiológica

Antes de considerar los procedimientos y condiciones del proceso de evaluación psicofisiológica, es necesario revisar una serie de principios y conceptos previos en psicofisiología, los cuales van a guiar tanto la evaluación como la interpretación de los resultados que de ella obtengamos.

En primer lugar, hay que señalar la existencia de distintos tipos de actividades psicofisiológicas, que van a condicionar tanto el procedimiento de medida como la interpretación de ésta e incluso, en algunos casos, los propios instrumentos que hemos de utilizar para su registro. Estos tipos de actividad los podemos clasificarlos como:

a) La *actividad espontánea,* es decir, aquellas respuestas psicofisiológicas no específicas que no es posible asignar a ningún estímulo desencadenante conocido por no estar controlada su presentación o por desconocer cuál es éste. Serían, por tanto, respuestas asituacionales, que no nos van a proporcionar ninguna información específica y por tanto interpretable. Sólo serán índice del grado de activación del sujeto, de tal modo que a mayor activación, mayor número de respuestas espontáneas y viceversa.
b) La *actividad fásica,* es decir, las respuestas psicofisiológicas específicas provocadas por un estímulo desencadenante conocido y controlado. Dado que la aparición de los estímulos que provocan las respuestas se produce a partir de un nivel previo de actividad, la actividad fásica se refiere a los cambios relativos que se producen en esa actividad y no a sus niveles absolutos tras la estimulación. Así pues, por ejemplo, una respuesta fásica ante un sonido muy intenso, como por ejemplo una explosión, con respecto a nuestra frecuencia cardíaca o el número de latidos por minuto (lpm) de nuestro corazón, se refiere al número de latidos que aumenta nuestra actividad cardíaca, es decir, si partíamos de una situación de 65 lpm y tras la explosión aumenta a 97 lpm, la actividad fásica o respuesta será el aumento de 35 lpm en la actividad del corazón. Obviamente, esta respuesta está mediatizada por los niveles de actividad previos, como se expone en la llamada ley de valores iniciales.
c) Y, por último, la *actividad tónica,* es decir, el nivel absoluto de una determinada actividad, que usualmente está asociada a unas condiciones de medida que tienen un efecto mayor en el tiempo que la simple respuesta puntual a un estímulo. Aunque las valoraciones tónicas se realicen en valores absolutos, no se interpretan de modo independiente de los valores de línea base o niveles basales de actividad para cada sujeto en concreto. Por tanto, la medida de actividad tónica conlleva una medida basal, que se realizará durante una línea base previa de una duración equivalente a la del período que quiere evaluarse. Así pues, por ejemplo, los efectos de un entrenamiento en relajación sobre la actividad electromiográfica de los músculos frontales los podríamos medir registrando los

últimos cinco minutos del entrenamiento y el valor medio de la actividad durante ese período; deberemos compararlos con los niveles de esa misma actividad durante un período de línea base equivalente durante el cual el sujeto no debe realizar ningún tipo de actividad específica, es decir, sin inducir ni relajación ni aumento de la actividad.

Los principios de homeostasis y activación son conceptos importantes en la interpretación de la actividad psicofisiológica. La homeostasis hace referencia a la autorregulación que tiene lugar en el organismo y cuya consecuencia es mantenerlo dentro de unos límites de funcionamiento normal. Cuando la homeostasis es alterada por alguna circunstancia, el organismo pone en funcionamiento circuitos de feedback negativos para corregir las alteraciones y retornar al organismo a los niveles previos a la alteración. Pero hoy sabemos algo más, y es que esta regulación es realmente alostática, es decir, que en esta regulación fisiológica los límites del funcionamiento fisiológicos varían y la variación se produce en anticipación de las demandas. De esta manera, nuestra actividad se incrementa no sólo cuando hacemos una actividad, sino cuando la planificamos. Así pues, los mecanismos que controlan los cambios en la actividad fisiológica predicen qué nivel será el necesario basándose en la retroalimentación local y en la anticipación de las demandas (Sterling, 2003).

El concepto de activación, y su sinónimo de *arousal*, intentan explicar la relación entre las variaciones en el nivel de actividad fisiológica y los cambios en el comportamiento. La intensidad del comportamiento (activación o *arousal*) puede reflejarse en el nivel de respuesta de algunas variables psicofisiológicas, como por ejemplo un incremento en los niveles de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el tono muscular, la conductancia de la piel o la desincronía electroencefalográfica, que están asociados al incremento de la activación, mientras que la disminución de estas mismas respuestas indica reducción de la activación.

La teoría de la activación tiene sus orígenes en la reacción de ataque-huida de Cannon, posteriormente formulada y desarrollada por Duffy (1962) en la conocida relación de U invertida entre niveles de activación y ejecución. En principio, la activación nos daría razón de la magnitud y la dirección de las respuestas de todos los sistemas psicofisiológicos a la vez. Sin embargo, este proceso de activación unidimensional o generalizada, que haría funcionar al organismo como un todo integrado y sincronizado, no es el único proceso de activación posible; así el propio funcionamiento integrado del organismo requiere que la activación de un sistema psicofisiológico sea específica para recuperar un equilibrio homeostático, es decir, para contrarrestar la actuación de otro sistema. Consiguientemente, hay momentos en que solamente se activará un sistema determinado y no los otros, e incluso momentos en los que la activación de un sistema conllevará la depresión de otros.

Lacey (1967) propuso que había al menos tres formas diferentes de activación: la activación cortical, la activación autonómica y la activación comportamental. Así pues, la activación fisiológica no siempre es uniforme e incluso activaciones específicas como la del sistema nervioso autónomo pueden fraccionarse, es decir, pueden afectar a alguno de sus componentes y no a la totalidad. Todo esto nos lleva a que en muchas ocasiones las evaluaciones de factores fisiológicos frente a las de factores comportamentales y subjetivos no guarden relación entre sí, ni la activación de todos los sistemas fisiológicos pueda ser estimada por un solo sistema. Este fenómeno del fraccionamiento de la activación, además de ser un principio a tener en cuenta en el propio proceso de evaluación psicofisiológica, pone de manifiesto la importancia de este tipo de evaluación, que nos proporcionará una información a la que no es posible acceder de otro modo.

El concepto de habituación es complementario del de activación: mientras que la activación describe la respuesta a los estímulos, la habituación describe el cese o la disminución en las respuestas como consecuencia de la presentación repetida de los mismos estímulos. El proceso de habituación se ve afectado en parte por la intensidad de la estimulación, en parte por la tasa de presentación y en parte por las expectativas del propio sujeto.

3.2. Estereotipia de respuesta

La estereotipia de respuesta o especificidad individual de respuesta hace referencia a la idiosincrásica forma de responder cada persona con su sistema fisiológico. En contraste con la especificidad de respuesta a los estímulos, este concepto muestra que cada sujeto en particular tiene una forma de respuesta psicofisiológica característica ante la mayoría de los estímulos y situaciones.

Se propone que la estereotipia de respuesta se debe a un fallo homeostático, en concreto a un fracaso o falta de efectividad de los sistemas de feedback negativo, por lo cual aparecería el mismo patrón de respuesta ante diferentes condiciones.

La detección de estas formas estereotipadas de respuesta es uno de los objetivos fundamentales de la evaluación psicofisiológica, ya que la especificidad individual no va a ser otra cosa que la especificidad de síntoma que nos va a orientar hacia dónde enfocar el tratamiento. Tal detección se ha mostrado de gran utilidad tanto para el tratamiento, en sí mismo, como para la prevención de trastornos (Fernández-Abascal, Vallejo, Labrador, Calvo, Domínguez y Roa, 1985; Labrador, Fernández-Abascal, Vallejo y Cruzado, 1987).

3.3. Especificidad situacional

El concepto de especificidad situacional o especificidad de respuesta a los estímulos hace referencia a la existencia de patrones de activación psicofisiológica de acuerdo con las particulares situaciones estimulares. Es decir, que determinadas características de las situaciones estimulares o comportamentales provocan una particular y típica forma de respuesta psicofisiológica en todas las personas.

Aunque especificidad de respuesta y especificidad individual pueden parecer conceptos contradictorios, no lo son. Así, la especificidad de respuesta hace referencia a la tendencia de respuesta ante un estímulo por parte de un grupo de personas, mientras que la especificidad individual hace referencia a la tendencia de respuesta de una persona ante un grupo de situaciones estimulares.

Un tipo especial de patrón de activación en especificidad de respuesta viene dado por el fraccionamiento direccional. Según éste, diferentes señales psicofisiológicas muestran respuestas en direcciones también distintas. En la figura 5.2 pueden verse algunos ejemplos de patrones específicos de respuesta bajo varias condiciones estimulares (la tarea señalada con la letra A corresponde a una atención visual, la B a una escucha empática, la C a pensamientos y la D a resistencia al dolor) ante las cuales se producen diferentes grados de fraccionamiento entre la frecuencia cardíaca y la conductancia de la piel (véanse, por ejemplo, los efectos de la tarea A y los de la D), que es lo que caracteriza precisamente la especificidad de respuesta a tales situaciones.

Sin embargo, la interpretación de tales patrones de respuesta no es sencilla, ya que, por ejemplo, aumentos idénticos en la frecuencia cardíaca pueden ser mediados por numerosos factores, que incluyen principalmente:

a) Un incremento en la actividad simpática.
b) Una disminución en la actividad parasimpática periférica.
c) Efectos del *sinus arritmia.*
d) Un incremento en la epinefrina circulante (por listar sólo una de las posibles estimulaciones hormonales de la tasa cardíaca).
e) Síntomas de una taquicardia, como trastorno psicofisiológico.
f) Aspectos hiperquinésicos del patrón de regulación cardíaco.
g) Síntomas de trastornos físicos, tales como disfunciones endocrinas, fiebre, intoxicación, etc.
h) Alguna combinación de los patrones anteriormente citados.

Por tanto, si ante dos condiciones estimulares diferentes la frecuencia cardíaca aumenta diez latidos por minuto, no se puede concluir que estos dos ensayos muestren una respuesta cardíaca «idéntica», ya que la respuesta de frecuencia cardíaca puede estar reflejando diferentes patrones de mediación neuronal y/o humoral. Así pues, la especificidad

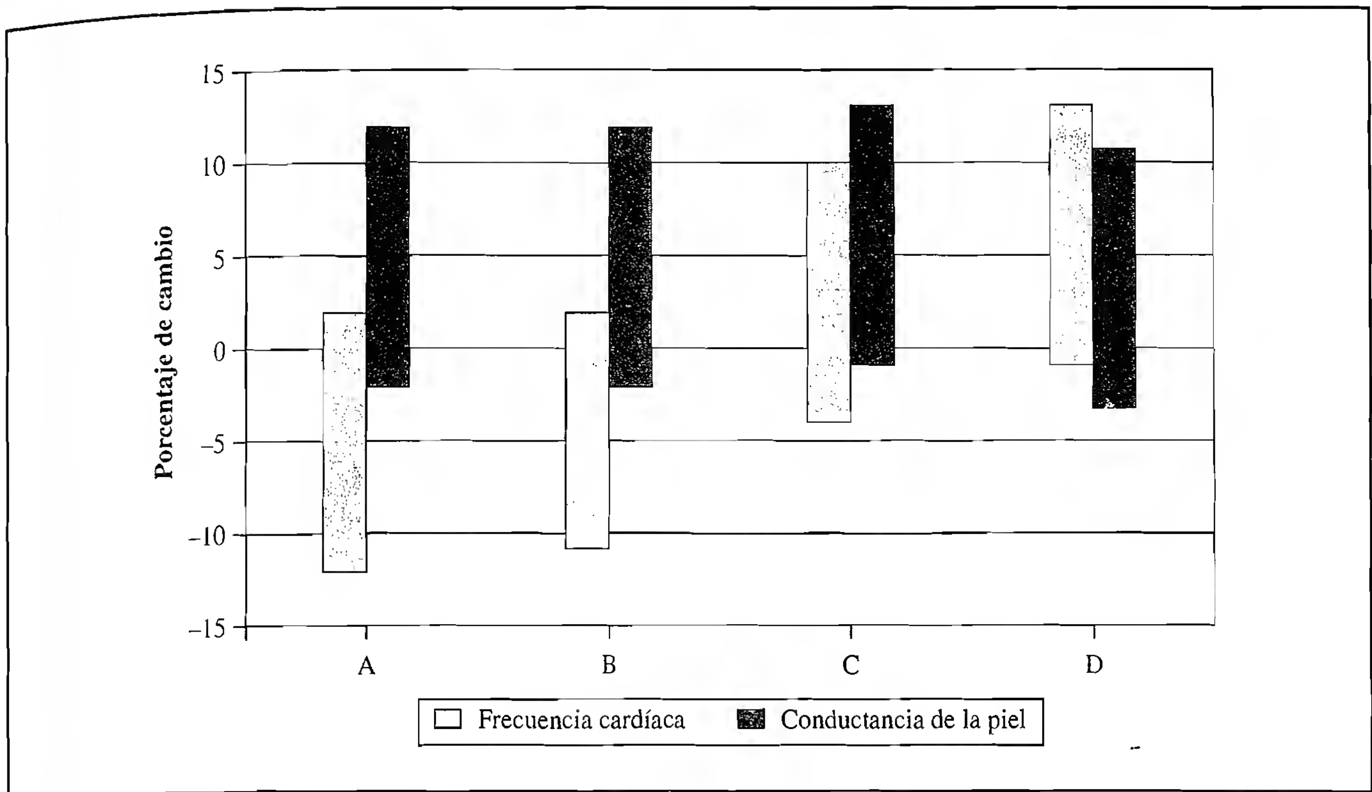


Figura 5.2.—Fraccionamiento direccional.

situacional de respuesta, en su uso dentro de la evaluación psicofisiológica, habrá que valorarla en función de su sensibilidad, es decir, de su capacidad para identificar trastornos específicos, y de su capacidad de discriminación, es decir, su capacidad de interpretación inequívoca o identificación correcta de trastornos. Por tanto, las condiciones óptimas de evaluación de la especificidad situacional serán aquellas en las que se den conjuntamente una alta sensibilidad y una alta capacidad de discriminación.

Como conclusión a esta breve exposición de los principios que guían la actividad psicofisiológica, es preciso señalar que tanto la medida como la interpretación de las diferentes actividades deben realizarse teniendo en cuenta estos principios que las rigen. Consiguientemente, la evaluación psicofisiológica requiere un profundo conocimiento de estos principios; una amplia y detallada exposición de éstos puede encontrarse en Greenfield y Sternbach (1972) y en Cacioppo y Tassinary (1990).

4. COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA

Para poder alcanzar los objetivos de la evaluación psicofisiológica será necesario, por una parte, la utilización de unos instrumentos de medida de la actividad psicofisiológica que nos permita observar y registrar ésta y, por otra, unas condiciones ante las cuales evaluar el comportamiento de los distintos sistemas fisiológicos.

Por tanto, podemos clasificar los elementos que intervienen en la evaluación psicofisiológica en cuatro grandes tipos de elementos, que son: las respuestas psicofisiológicas que detectamos en el sujeto objeto de estudio, los instrumentos que utilizamos para la realización de la medición y cuantificación de esas variables, las condiciones y situaciones a las que sometemos al sujeto para observar los efectos que provocan sobre sus sistemas fisiológicos y, por último, la interpretación de los patrones de respuesta así registrados.

4.1. Los sistemas de respuesta fisiológicos

El primero de los elementos que componen la evaluación psicofisiológica son las propias respuestas psicofisiológicas. Estas respuestas no se producen independientemente unas de otras, sino que dependen de los sistemas biológicos que las regulan y que, a su vez, son las vías a través de las cuales se produce la mediación comportamental sobre ellas.

Los sistemas de respuesta que son objeto de los procesos de evaluación en la práctica clínica son:

a) El sistema somático, que se refiere a las respuestas del sistema muscular esquelético, sujetas en un alto grado al control voluntario del sujeto y que son mediadas por la intervención directa del sistema nervioso central.
b) El sistema nervioso autónomo, que controla las actividades viscerales y glandulares del medio interno del organismo y que se compone de dos ramas que actúan de forma antagónica: la rama simpática y la rama parasimpática. El sistema nervioso autónomo actúa sobre una serie de subsistemas, entre los cuales son objeto de especial interés para la evaluación el sistema cardiovascular, el sistema cutáneo o electrodérmico, el sistema genitourinario o reproductor y el sistema gástrico.
c) El sistema nervioso central, que se refiere a la actividad neuropsicológica.

Dentro de cada uno de estos sistemas biológicos hay una serie de respuestas psicofisiológicas específicas que son reguladas por ellos y que son los objetos de la medida en sí misma. En la tabla 5.3 se recogen las principales respuestas psicofisiológicas que se emplean en la evaluación psicofisiológica, como se ha visto en las tablas 5.1 y 5.2, presentándose éstas agrupadas por sus sistemas biológicos.

4.2. Los instrumentos de medida

Las características más importantes que deben cumplir los instrumentos de medida fisiológica, para ser utilizados en evaluación psicofisiológica, son:

a) Los instrumentos deben ser sistemas de medida no invasivos, es decir, que no limiten gravemente las capacidades comportamentales del sujeto (por ejemplo, no servirán los que requieran algún tipo de anestesia total o local) y que permitan la repetición de las sesiones de medida (por ejemplo, no servirán aquellos sistemas que para la colocación del sensor requieran microcirugía).
b) Los instrumentos deben permitir realizar mediciones continuas o con una alta frecuencia de muestreo de la respuesta psicofisiológica y, además, deben posibilitar un rápido procesamiento de la señal, ya que en muchas ocasiones lo que interesa es una medición fásica, es decir, de respuesta puntual ante determinadas condiciones, lo que se ve seriamente entorpecido con un sistema de medida de escasa continuidad; así, por ejemplo, no se ajustará a estos propósitos la determinación de la concentración de hematíes en sangre.
c) Los instrumentos deben darnos unos valores calibrados, es decir, los resultados deben darse en unas unidades y escalas, que usualmente son referidas a magnitudes físicas, que estén estandarizadas para permitirnos comparar los resultados obtenidos por el mismo sujeto en diversas ocasiones y/o por distintas personas; así por ejemplo la temperatura periférica la mediremos en grados centígrados y no en otro tipo de valores arbitrarios que no nos permitan su comparación.

Los elementos que configuran los instrumentos de medida de respuestas psicofisiológicas pueden verse con detalle en Roa (2001).

4.3. Las condiciones y situaciones de la evaluación

La evaluación psicofisiológica es un proceso situacional; por tanto, lo que interesa es la respuesta fisiológica ante situaciones específicas que permitan conocer el grado en que un sujeto se ajusta o no

TABLA 5.3

Sistemas fisiológicos de respuestas

Sistema fisiológico		Respuestas registrables
Somático		Electromiograma (EMG). Movimientos corporales. Electrooculografía (EOG). Respiración (frecuencia/volumen).
Sistema nervioso autónomo		Índices de *arousal.*
	Cardiovascular	Electrocardiograma (EKG). Presión arterial (BP). Volumen sanguíneo (BV). Flujo sanguíneo. Volumen del pulso (BVP). Velocidad de la onda del pulso. Tiempo de tránsito del pulso. Consumo de oxígeno del corazón. Temperatura periférica.
	Cutáneo	Conductancia de la piel (SC). Resistencia de la piel (SR). Potencial de la piel (SP).
	Genitourinario	Pletismografía del pene. Volumen sanguíneo de la vagina.
	Gástrico	Motilidad estomacal. pH estomacal.
Sistena nervioso central		Resonancia magnética funcional (fMRI). Tomografía por emisión de positrones (PET). Electroencefalograma (EEG). Potenciales evocados. Variación negativa contingente. Neuromagnetometría (MEG). Espectroscopia de infrarrojo.

a las demandas ambientales. Tal objetivo puede cubrirse de dos formas radicalmente distintas (Fernández-Abascal, 2001):

a) Por un lado, tendremos los registros de la actividad fisiológica realizada en el entorno natural del propio sujeto, utilizando sistemas telemétricos o de registro ambulatorio.

b) Por otra parte, tendremos los registros realizados en la propia clínica, utilizando condiciones análogas o tareas de laboratorio.

El problema que se plantea bajo estas dos formas de evaluación psicofisiológica es el de la consistencia externa versus interna del proceso. El registro en el entorno natural es mucho más contextualizado y

permite la obtención de respuestas de mayor implicación que las que se dan en la clínica; por contra, el registro en entornos naturales obliga a registrar también los eventos ambientales, no permite controlar la actuación de diversas variables a la vez y contamina los cambios debidos a actividad psicológica con los propios de la actividad física.

El procedimiento más frecuentemente utilizado en la actualidad es el del registro en la clínica, siempre que existan para el problema a estudiar tareas o condiciones de medida con probada validez externa. Si se da esta condición, la evaluación psicofisiológica realizada en la clínica con condiciones análogas permite:

a) Un mayor control de las variables analizadas, al permitir, a su vez, un mayor control de las posibles variables contaminantes y de la interacción no deseada entre ellas.
b) Una economía en la instrumentación, ya que los sistemas de registro estáticos permiten registrar un mayor número de actividades fisiológicas con un menor número de requerimientos instrumentales.
c) Una economía en el análisis de las medidas, ya que el número de datos registrados es mucho menor y más informativo que los largos registros que deben realizarse en los entornos naturales.
d) Por último, todo ello facilita la interpretación y replicación de los resultados como control de la intervención.

El modelo de imaginería emocional y memoria (Lang, 1979) ha puesto de manifiesto que las personas responden con patrones psicofisiológicos de activación equivalentes, tanto ante las situaciones imaginadas o análogas como ante las situaciones de la vida real.

Las situaciones utilizadas en los registros realizados en la clínica se caracterizan por su capacidad para poner a prueba el mantenimiento del equilibrio homeostático del sujeto. El objetivo es comprobar si el sujeto responde de forma similar, es decir, estereotipadamente, con independencia de las condiciones ambientales; si hay o no fraccionamiento entre los sistemas de respuesta fisiológica, etc. A su vez, las condiciones de evaluación pueden ser muy variadas y las podremos agrupar por sus características cuantitativas y cualitativas. Las condiciones de evaluación pueden clasificarse cuantitativamente, por su capacidad para producir un determinado tipo de desequilibrio en la homeostasis, por ejemplo tareas competitivas, resolución de problemas, estimulación aversiva, etc. Y pueden agruparse cualitativamente, por la proximidad que para un caso concreto de problemas tengan, por ejemplo imaginación de contenidos específicos relacionados con la historia clínica, presentación de imágenes reales relacionadas o no con su problema, etc.

Recientemente se han desarrollado condiciones estimulares estandarizadas para distintas poblaciones que permiten la selección entre una amplia base de elementos de los estímulos que mejor se ajustan a las condiciones deseadas. Los principales bancos de estímulos han sido desarrollados por Peter J. Lang y su grupo de investigación en la Universidad de Florida. El primero de ellos es el Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS) (Lang, Bradley y Cuthbert, 1999), del que se dispone de los datos normativos para la población española (Moltó et al., 1999). El segundo de ellos es el Sistema Internacional de Sonidos Afectivos (IADS) (Bradley y Lang, 1999a), del que actualmente también se dispone de los datos normativos para la población española (Fernández-Abascal et al., 2008). El último es el sistema de Normas Afectivas para Palabras Inglesas (ANEW) (Bradley y Lang, 1999b), que en su versión española ha sido desarrollado por Redondo et al. (2007). En esta misma dirección Rottenberg, Ray y Gross (2007) han desarrollado una base de secuencias de películas que se encuentra en la actualidad parcialmente adaptada a la población española (Fernández-Abascal y Fernández, 2006).

4.3.1. *Selección de las situaciones*

La selección de las situaciones a emplear en una evaluación psicofisiológica debe ir guiada por tres parámetros, que nos delimitan y caracterizan las condiciones en las que se debe realizar la medición (Lacey, 1959). Estos parámetros son:

a) La existencia o no de antecedentes específicos responsables de producir la actividad psicofisiológica objeto de evaluación.
b) La duración en el tiempo de los cambios que aparecen en la actividad psicofisiológica.
c) Las características de las situaciones que provocan la aparición de la actividad psicofisiológica.

Respecto al primero de ellos, la existencia o no de antecedentes específicos, nos delimita el tipo de actividad fisiológica objeto de registro. Así, en los casos extremos, cuando no hay un antecedente específico responsable, la actividad más adecuada a medir será la espontánea, independientemente de la señal o señales con las que estemos trabajando. Mientras que si hay una condición antecedente que caracterice la actividad, la forma de medida a emplear será una medición tónica o fásica (dependiendo, como veremos, del segundo parámetro), es decir, relacional.

El segundo de los parámetros mencionados, el que se refiere a la duración temporal de los cambios en la actividad psicofisiológica, nos delimita el propio tiempo de registro. Éste oscilará desde una respuesta puntual o fásica hasta períodos más amplios de tiempo de registro de actividad tónica.

Por último, en lo que se refiere a las características de la situación desencadenante, ésta puede ser altamente específica o, por contra, altamente general. Este parámetro es el más crítico a la hora de determinar el tipo de tarea a utilizar, ya que los procedimientos generales deben permitir una mejor contextualización, mientras que las tareas específicas habitualmente no lo permiten. No obstante, las tareas generales también permiten crear unas condiciones discretas y puntuales.

En la figura 5.3 se representan los tres parámetros mencionados, que actúan a modo de dimensiones delimitando el espacio en el que se desarrolla la evaluación psicofisiológica. Todo procedimiento de medida estará situado un punto de este espacio y, por tanto, caracterizado en él.

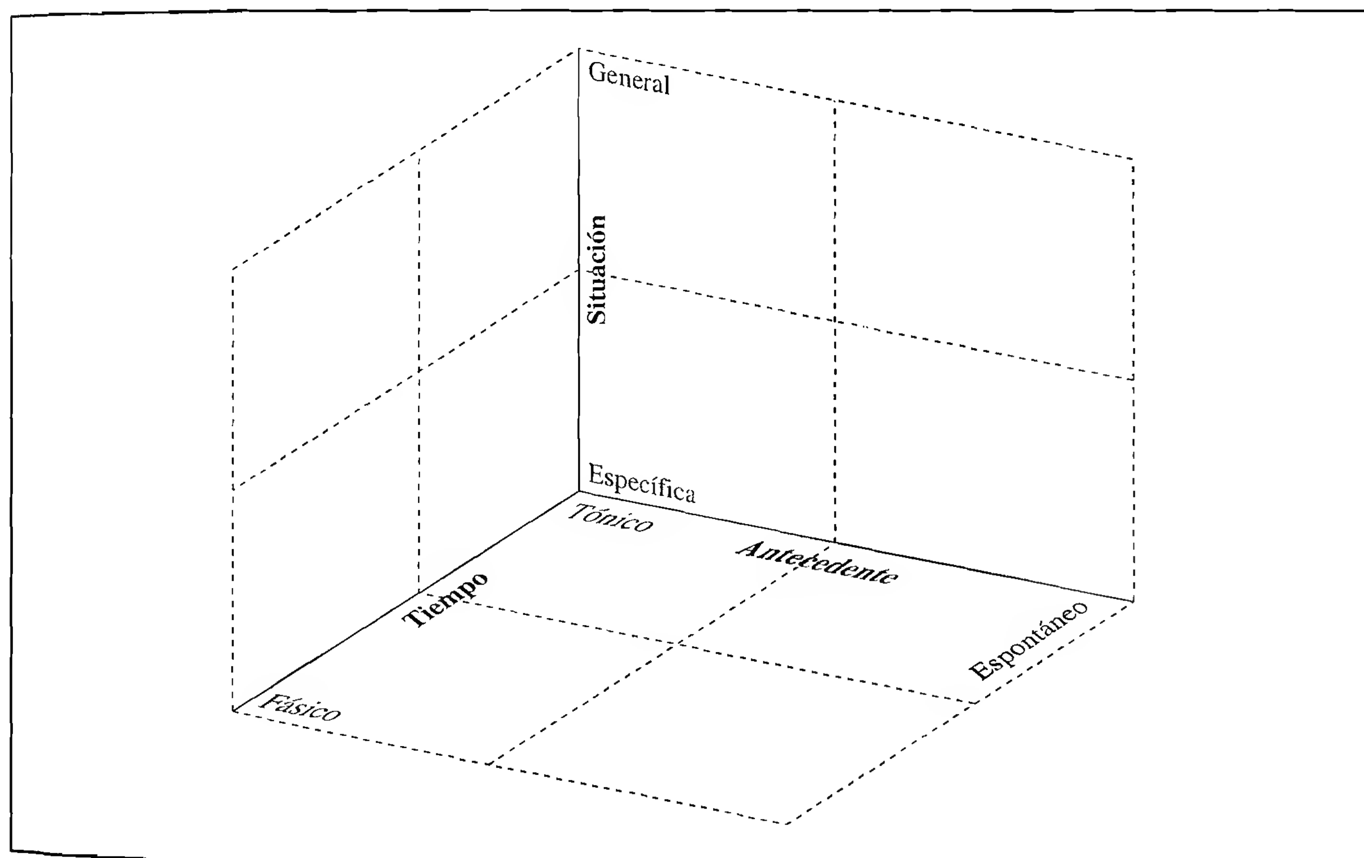


Figura 5.3.—Parámetros que determinan la actividad a medir y el tipo de tarea a utilizar.

En resumen, a la hora de planificar una evaluación psicofisiológica, estos parámetros relativos al antecedente, tiempo y características de la situación serán los que nos ayuden en la toma de decisiones sobre el tipo de actividad a registrar, así como sobre las características de las tareas a utilizar.

4.4. La interpretación de los resultados

La interpretación de los resultados obtenidos con la evaluación psicofisiológica es en la actualidad principalmente de tipo cualitativo, aunque se está produciendo una tendencia a generar datos normativos que permitan una interpretación cuantitativa.

Los resultados de una evaluación psicofisiológica deben ponernos de manifiesto, en primer lugar, la existencia o no de problemas en la actividad psicofisiológica del sujeto. En el caso de existir alguna respuesta psicofisiológica problemática, la evaluación debe darnos su caracterización, es decir, cuál es el sistema fisiológico principalmente implicado, qué tipo de respuesta problema presenta (por exceso de activación y/o por fallo en los mecanismos fisiológicos de feedback para contrarrestarla) y cuáles son las características cuantitativas y cualitativas de las condiciones que desencadenan tal tipo de respuestas.

5. MEDIDA DE LA ACTIVIDAD PSICOFISIOLÓGICA

5.1. Cuantificación de respuestas

Las respuestas psicofisiológicas históricamente se han estudiado como fenómenos físicos y más concretamente como eléctricos de ello han heredado buena parte de su terminología y usos en su medida y cuantificación. Así, las mismas respuestas son denominadas también «señales» en referencia a la energía física eléctrica. Del mismo modo, la actividad tónica o medida absoluta y la actividad fásica o medida relativa son también denominadas, respectivamente, medidas en «corriente continua» (dc) y medidas en «corriente alterna» (ac), lo cual no se corresponde puntualmente en la actualidad con las formas de medirlas (por ejemplo, se utilizan pseudocontinuas y pseudoalternas).

Otro de estos conceptos tomados de la física y utilizado en la cuantificación de la actividad fisiológica es el de amplitud. La amplitud se refiere a la magnitud de la señal. En las medidas fásicas se utiliza la amplitud máxima o amplitud de pico para cuantificar el máximo valor de la respuesta a partir de un cero relativo que es el valor previo a la respuesta; la amplitud pico a pico es utilizada para cuantificar actividades fásicas que tienen en su respuesta componentes positivos y negativos. En las medidas tónicas la amplitud para un momento dado será la magnitud absoluta que tenga la actividad en ese momento.

El período se refiere al tiempo requerido para que se complete un ciclo completo, y la frecuencia, al número de ciclos que se producen en una unidad de tiempo. Determinadas respuestas psicofisiológicas, como por ejemplo la respiración o el ciclo cardíaco, se componen de una serie de características que se repiten cíclicamente y su forma típica de cuantificación es el número de ciclos que se producen en un minuto, es decir, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca. En ciertas circunstancias se utiliza también el período para la cuantificación de estas actividades, es decir, el intervalo entre respiraciones y el intervalo entre latidos.

La forma de onda, o señal directa o en bruto, es utilizada en las actividades cíclicas para estudiar algunos de los elementos que la constituyen; como por ejemplo, en el caso de la respiración, para comparar la parte del período dedicado a la inspiración y la parte dedicada a la espiración, que nos permitirá estimar una forma de onda de respiración en relajación frente a una en activación (Andreassi, 2006).

Veamos a continuación algunas características de la medida de las principales señales psicofisiológicas en función de los sistemas fisiológicos a los que pertenecen.

5.2. Respuestas del sistema somático

Las principales señales o respuestas que se utilizan para registrar la actividad del sistema somático son:

a) La actividad electromiográfica, que mide los potenciales de acción de las fibras muscula-

res superficiales y medias, es decir, que el número de unidades musculares susceptibles de registro es muy elevado. La cuantificación se hace por su amplitud, y las unidades de medida utilizadas en su registro son Φ voltios. Su rango de amplitud oscila entre 10 Φ voltios y 2 m voltios.

b) Los movimientos corporales miden la posición relativa del cuerpo o de algún miembro, o la fuerza muscular ejercida en un determinado punto. El procesamiento de la señal implica su transformación a grados de giro o a kilogramos de fuerza, según el tipo de sensor que se utilice.

c) La actividad electrooculográfica mide la diferencia de potencial entre las partes anterior y posterior del globo ocular, por medio de lo cual se estima la posición espacial del ojo. Su rango de medida recoge oscilaciones entre ± 30 grados.

d) La actividad respiratoria mide los cambios en el volumen torácico que acompañan a la inspiración y espiración, como forma de estimar el ciclo respiratorio. Se mide mediante una galga extensiométrica o un neumógrafo situado alrededor del tronco a la altura torácica o abdominal, dependiendo del tipo de respiración que queramos registrar. Una forma de medida alternativa se realiza utilizando un sensor de temperatura situado en las fosas nasales y que permita registrar los cambios térmicos correspondientes a la inhalación de aire frío y la exhalación de aire caliente. El procesamiento de esta señal implica, por una parte, la detección de picos en el ciclo respiratorio para estimar su frecuencia, si se va a cuantificar el número de respiraciones por minuto; y, por otra parte, se determina la amplitud máxima que corresponderá con una medida no calibrada de la capacidad respiratoria, expresada en unidades arbitrarias o con unidades calibradas de volumen en litros por minuto. El rango de la frecuencia respiratoria oscila entre 2 y 30 respiraciones por minuto, y el de la amplitud oscila en un rango de entre 3 y 20 litros por minuto.

La activación del sistema somático se corresponde siempre con un incremento en las magnitudes de las actividades registradas. La mayor parte de las veces no hay oportunidad de ni tiene sentido registrar todas estas señales a la vez, por lo que es necesario utilizar un índice general de la actividad del sistema somático. Se ha usado en tal sentido la actividad electromiográfica de diversas unidades musculares irrelevantes para el movimiento corporal, pero sin duda la que tiene una mayor tradición y validez es la medida de la actividad electromiográfica de los músculos frontales (Hatch, Prihoda y Moore, 1992). Esta detección se realiza no sobre uno de los dos músculos frontales derecho o izquierdo, sino colocando los electrodos transversalmente sobre los dos músculos a la vez.

Existen diferentes factores exógenos que afectan a estas actividades y que es preciso tener en cuenta para la realización de una correcta medida e interpretación de los resultados. Los principales factores a tener en cuenta en el ámbito clínico son los que se recogen en la tabla 5.4.

TABLA 5.4

Factores que inciden en la actividad del sistema nervioso somático

Actividad	Factores	Efectos
Electromiograma	Litio	— Aumento respuesta.
Electromiograma	Cafeína	— Aumento tono.
Electrooculograma	Diacepam	— Aumento duración de fijación. — Reduce velocidad de sacádicos.

5.3. Respuestas del sistema autónomo

Los principales subsistemas que comprende el sistema nervioso autónomo son el sistema cardiovascular, el sistema cutáneo, el sistema genitourinario y el sistema gástrico.

El sistema cardiovascular, a su vez, comprende las siguientes señales que se utilizan para registrar su actividad:

a) La actividad electrocardiográfica mide el potencial de acción del músculo cardíaco. El rango de amplitud de la respuesta electrocardiográfica está entre 10 Φ voltios y 2 mVoltios. La estimación de la frecuencia cardíaca conlleva además una detección de los picos de la onda R, para el cálculo del número de latidos por minuto, o la estimación de los microsegundos que dura un intervalo entre latidos. En la estimación de la frecuencia cardíaca la derivación más utilizada es la segunda derivación de las extremidades. El rango de frecuencias cardíacas oscila entre 35 y 120 latidos por minuto.

b) La presión o tensión arterial tiene a cada ciclo cardíaco dos estimaciones: la presión máxima que se produce en el sistema vascular o presión sistólica, determinada principalmente por la fuerza con que la sangre sale del corazón, y la presión mínima que se produce en el sistema vascular o presión diastólica, determinada por la presión residual de los vasos sanguíneos. El procesamiento de esta señal, que no puede ser medida de forma continua, implica en primer lugar la determinación de la frecuencia de muestreo que se debe realizar y, en segundo lugar, la transformación de los valores eléctricos entregados por el sensor de presión a mmHg, que es la unidad en la que se va a registrar su amplitud máxima y mínima.

c) La velocidad de la onda del pulso y el tiempo de tránsito del pulso son dos índices de la presión arterial, que estiman en el primero de los casos la presión arterial media del pulso y en el segundo la presión sistólica. Así, la velocidad de la onda del pulso se determina a partir de dos pulsos arteriales detectados fotoeléctricamente sobre dos arterias superficiales (típicamente la arteria braquial y la radial), y en el caso del tiempo de tránsito del pulso a partir de la onda R del electrocardiograma y la llegada de un pulso a una arteria, detectado superficialmente (típicamente la arteria radial). El procesamiento de estas señales implica, además de la detección y procesamiento de las señales a partir de las que se estiman, el cálculo en microsegundos del tiempo que transcurre desde que se detecta un primer fenómeno (llegada del pulso u onda R del electrocardiograma) hasta que se detecta el segundo fenómeno (llegada del pulso en ambos casos). En el caso de la velocidad de la onda del pulso, si se conoce la distancia arterial entre los puntos en que se realiza la detección, puede transformarse el tiempo en velocidad y éste a su vez en mmHg. En el caso de tiempo de tránsito del pulso, las magnitudes obtenidas son directamente expresadas en microsegundos.

d) La respuesta de volumen sanguíneo mide la cantidad de sangre existente o circulante en un lecho vascular o en un determinado miembro. Esta determinación puede realizarse como valor absoluto de sangre en un tejido, medición tónica, denominada volumen de sangre. O puede determinarse el volumen correspondiente a cada latido, medición fásica, denominada volumen de pulso sanguíneo. El procesamiento de esta señal implica la transformación de los cambios lumínicos detectados en unidades arbitrarias para su registro, ya que no es una medida calibrada.

e) El consumo de oxígeno del corazón es un índice de contractilidad miocardial. Se determina en su forma más estandarizada a partir de la frecuencia cardíaca y de la presión sistólica, aunque también puede estimarse a partir del intervalo entre latidos y el tiempo de tránsito del pulso (Schneiderman y Pickering, 1986). El procesamiento de esta

señal implica, además de la detección y procesamiento de las señales a partir de las que se estima, el cálculo del coeficiente entre ambas. Como tal coeficiente los resultados no son referidos a ninguna magnitud física calibrada, sino registrados como tales.

f) La respuesta de temperatura periférica mide la actividad vasomotora y de las glándulas ecrinas. Para detectar los pequeños cambios que se producen en esta actividad es necesario utilizar una sensibilidad de centésimas de grado, para que así se reflejen puntualmente todas las variaciones que se produzcan en su amplitud. La temperatura de la mano en situación de reposo, para la población normal, se distribuye bimodalmente entre los rangos 25° a 27° y 32° a 34° centígrados.

El sistema cutáneo o electrodérmico, que se utiliza para medir a través de la activación de las glándulas ecrinas la actividad del sistema nervioso simpático, comprende tres formas distintas de detección y medida de esta actividad, que son: mediante la estimación de la conductancia de la piel, mediante la resistencia de la piel o mediante el potencial de la piel. Aunque siguen utilizándose las tres formas de medida, se tiende a estandarizar como forma de estimación la conductancia de la piel. La conductancia de la piel se mide con dos electrodos colocados en la cara interna de las falanges medias de los dedos índice y anular. La unidad de medida de la conductancia de la piel es el Φ Siemens, que es la escala que se emplea para cuantificar la amplitud de esta respuesta. El rango de la conductancia de la piel en su medida tónica es de 2 a 100 Φ Siemens, y en su medida física, de 0,05 a 5 Φ Siemens.

El sistema genitourinario utiliza básicamente dos sistemas de medida diferentes, en función de las características estructurales del sistema que se desee medir:

a) La respuesta pletismográfica del pene mide la activación sexual mediante el tamaño o circunferencia del pene, debido a su hinchazón por acumulación de sangre; también puede medirse mediante una galga extensiométrica colocada alrededor del pene. Se registra la amplitud de la respuesta en escalas arbitrarias, ya que en ningún caso se realizan mediciones en valores absolutos.

b) La respuesta de volumen sanguíneo de la vagina mide la activación sexual mediante la determinación del volumen de sangre en las paredes vaginales que producen su hinchazón. El procesamiento es equivalente al del volumen de sangre e igualmente los registros se realizan en escalas arbitrarias, ya que tampoco se trata de medidas calibradas.

El sistema gástrico o gastrointestinal comprende las siguientes señales que se utilizan para registrar su actividad:

a) La respuesta de motilidad estomacal mide los movimientos peristálticos del estómago. El sistema más estandarizado es el electrogastrograma. El procesamiento de esta señal implica una alta amplificación y un análisis de frecuencias y espectro, además de la medida de amplitud en Φ voltios.

b) La respuesta de pH estomacal mide el nivel de acidez de los contenidos estomacales. El procesamiento de esta señal depende de las características del tipo de sensor utilizado; las unidades resultantes a registrar vienen dadas en pH.

La activación del sistema nervioso autónomo se corresponde en la mayoría de los casos con un incremento en la magnitud de la actividad registrada, excepto para el caso de la amplitud del volumen del pulso, en el que se corresponde con una disminución de ésta. Sin embargo, la activación del sistema autónomo puede ser parcial, es decir, que puede activarse solamente una de sus ramas (la simpática o la parasimpática), como ocurre, por ejemplo, como respuesta típica ante el estrés, con la activación simpática, o en un ataque de asma con la activación parasimpática. Los efectos de la activación simpática y parasimpática sobre el funcionamiento de muchos órganos son antagónicos.

Mientras que una rama produce activación, la otra ejerce el efecto contrario, funcionando como feedback negativo para la recuperación de la homeostasis y mantenimiento del equilibrio funcional. Pero a su vez, dentro de la propia rama simpática, existen dos tipos de receptores (α y β), que en función del tipo y concentración de neurotransmisor hacen que actúen a su vez como antagonistas unos de los otros. En la tabla 5.5 se recogen los principales efectos diferenciales que ejercen las ramas simpática y parasimpática y, a su vez, dentro de la simpática, los efectos de los receptores adrenérgicos α y β.

Además, hay que tener en cuenta los efectos diferenciales que sobre la activación ejercen algunos factores tanto internos como externos. Aunque la elaboración de una lista exhaustiva de todos estos factores no tiene sentido, sí que es importante tener en cuenta aquellos factores que con relativa frecuencia nos podemos encontrar en la clínica y que pueden enmascarar o sobredimensionar nuestras medidas. La tabla 5.6 recoge los efectos más importantes que es imprescindible tener en cuenta.

Obtener un índice general y fiable de la actividad autónoma va a implicar la estimación de diferentes parámetros que contemplen las complejas relaciones de equilibrio que se producen en este sistema. En función del tipo de medida (tónica o fásica) que queramos realizar, tendremos los siguientes índices de activación del sistema nervioso autónomo:

a) El índice tónico de *arousal* o índice del balance autonómico se utiliza para estimar la homeostasis del sistema nervioso autónomo. En función de la predominancia o no de alguna de las ramas del sistema nervioso autónomo, se han establecido tres patrones psicofisiológicos distintos: el patrón simpático, el patrón parasimpático y el patrón medio. Para estimar el balance autonómico de cada sujeto y el tipo de patrón autonómico que presenta, se pueden utilizar:

El *índice vegetativo de Kerdö,* que tiene una distribución cuya media está en cero y que corresponde al equilibrio autonómico, mientras que los valores positivos corres-

TABLA 5.5

Efectos de la activación del sistema nervioso autónomo

Órgano	S. simpático	Receptor	S. parasimpático
Corazón	Aumenta frecuencia y fuerza de contracción.	β	Reduce frecuencia y fuerza de contracción.
Vasos sanguíneos de las mucosas y abdomen	Vasoconstricción.	α	
Vasos sanguíneos de los músculos esqueléticos	Vasoconstricción. Vasodilatación.	α β	
Glándulas ecrinas	Secreción (colinérgica).		
Conducto seminal	Contracción.	α	
Útero	Contracción. Relajación.	α β	
Motilidad gástrica	Reduce motilidad.	α y β	Aumenta motilidad.
Esfínter	Contracción.	α	Relajación.

TABLA 5.6

Factores que inciden en la actividad del sistema nervioso autónomo

Actividad	Factores	Efectos
Frecuencia cardíaca	— Antidepresivo tricíclico. — Neuroléptico. — Tabaco.	Aumento frecuencia.
Frecuencia cardíaca	— Ciclo menstrual.	Aumento responsividad.
Frecuencia cardíaca	— Edad.	Reduce responsividad.
Presión arterial	— Cafeína.	Aumento presiones.
Nivel de conductancia	— Neuroléptico.	Reduce nivel.
Respuesta conductancia	— Tabaco.	Reduce responsividad.

ponden con un predominio simpático y los valores negativos corresponden con un predominio parasimpático. Su estimación se realiza mediante la siguiente fórmula:

$$IV = [1 - (PD/FC)]100$$

donde PD corresponde a la presión diastólica y FC a la frecuencia cardíaca.

La puntuación } o *índice tónico de arousal* tiene una distribución normal, con una puntuación media de 70. Las puntuaciones mayores de 70 se corresponden con un patrón parasimpático, las puntuaciones en la propia media de la distribución se corresponden con un patrón medio o equilibrado y las puntuaciones inferiores a 70 se corresponden con un patrón simpático.

El procedimiento más sencillo para su estimación es uno de los propuestos por Wenger y Cullen (1972) para la obtención de la puntuación }; es:

$$\} = 0{,}25(TS) + 0{,}19(CA) + 0{,}1(CP) + \\ + 0{,}37(FC) + 0{,}21(PS)$$

donde TS es la temperatura sublingual, CA la conductancia medida en el antebrazo, CP la conductancia medida en la palma de la mano, FC la frecuencia cardíaca y PS la presión sistólica.

Entre ambas estimaciones del balance autonómico, el índice tónico de *arousal,* a pesar de su mayor complejidad en el cálculo, es más preciso y tiene resultados más concluyentes que el índice vegetativo.

b) El índice fásico de *arousal* o respuesta de activación se emplea como medida de la labilidad del sistema autónomo y se estima en función de la proporción de varianza que cada sistema fisiológico aporta a la activación general. La ecuación para el cálculo de este índice proviene de la suma algebraica de una serie de respuestas ponderadas por una constante, lo que nos dará un valor que oscilará entre 0 y 100 con un valor medio de 37. Las señales que configuran dicho índice y sus pesos son las siguientes:

$$\text{IFA} = 0{,}25(TP) + 0.5(SC) - 0{,}5(BVP) + \\ + 0{,}25(FC) + 0{,}5(EMG)$$

donde TP significa reducciones en la temperatura periférica de más 1/100 de grado por segundo, SC incrementos en el nivel de conductancia de la piel de más de 0,01 Φ Sie-

mens por segundo, *BVP* vasoconstricciones promedio mayores del 30 por 100 del último segundo promediado en la amplitud del volumen del pulso, *FC* incrementos de más de un latido por segundo en la frecuencia cardíaca y *EMG* incrementos en la actividad electromiográfica frontal mayores de 1 Φ voltio por segundo durante un segundo.

En la figura 5.4 puede verse gráficamente un ejemplo de estimación del índice fásico de *arousal*.

La determinación del índice tónico de *arousal* implica detecciones no estándar, frente a las utilizadas en el índice fásico de *arousal*, por lo cual este último tiene un mayor uso en la práctica clínica. Las

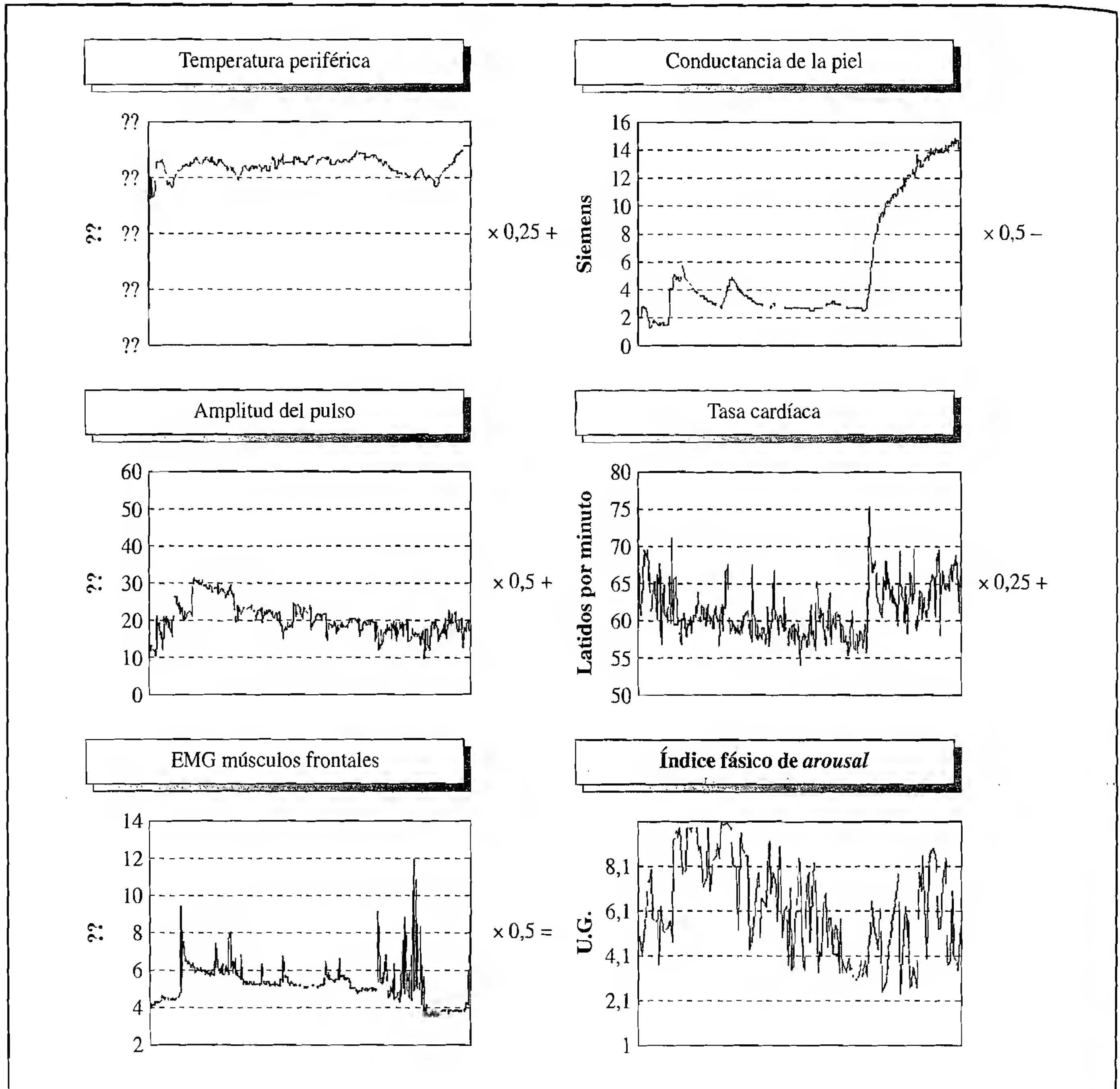


Figura 5.4.—Estimación del índice fásico de *arousal*.

condiciones de uso óptimo del índice fásico de *arousal* son situaciones de activación moderada, como es el caso habitual de las condiciones en que se produce la evaluación psicofisiológica en la práctica clínica. Es un índice que cambia rápidamente, manteniéndose a bajos niveles en condiciones normales, produciendo breves elevaciones que normalmente corresponden a descargas puntuales del sistema nervioso autónomo.

5.4. Respuestas del sistema central

En los últimos años se ha producido un interés creciente por el uso de técnicas de neuroimagen para el estudio de los procesos cognitivos y afectivos. Los métodos de obtención de imágenes en humanos incluyen varias alternativas: la resonancia magnética funcional (fMRI), la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía por emisión de fotón único (SPECT), los potenciales evocados (ERP), la electroencefalografía (EEG), la magnetoencefalografía (Meg) y la espectroscopia de infrarrojo. De todos ellos la fMRI y la PET son los más utilizados debido a su especial ajuste con los procedimientos de la evaluación psicofisiológica, ya que ambas proporcionan una correcta resolución espacial y temporal, en contraste con el EEG y la Meg, que aunque poseen una alta resolución temporal, no la tienen espacial, es decir, permiten la medida de la actividad de estructuras profundas y de una manera dinámica.

Las respuestas del EEG miden directamente la actividad eléctrica de los grandes grupos de sinapsis de la corteza cerebral, mientras que el PET y fMRI reflejar los cambios en la actividad neuronal sólo de manera indirecta, mediante la estimación de la sangre circulante y la concentración de oxígeno, pero permiten estimar la activación o desactivación de la actividad neuronal.

Los principales factores a tener en cuenta en el ámbito clínico son los que se recogen en la tabla 5.7. Al igual que en el caso de los otros sistemas, existen diferentes factores que afectan a estas actividades y que es preciso tener en cuenta para la realización de una correcta medida e interpretación de los resultados. Los principales factores a tener en cuenta en el ámbito clínico son los que se recogen en la tabla 5.8.

El EEG no sólo varia en corriente alterna, entre 0,5 y 50 Hz (ritmos δ, ', α, β, μ y sensomotor), sino que también lo hace en corriente continua, con frecuencias enormemente diferentes. Estas variaciones espontáneas en corriente continua se corresponden con las variaciones en el nivel de activación del sistema nervioso central, pero los problemas que tiene en su interpretación, factores de lateralidad y el estado de no total consolidación teórica hacen que sea más recomendable para su uso clínico la utilización como índice de activación de una medida más estudiada, como es el caso del nivel de ondas alfa. El índice α es el porcentaje de tiempo durante el que se producen ondas alfa con relación a un período de tiempo determinado.

TABLA 5.7

Alteraciones psicofisiológicas del sistema nervioso central

Trastorno	Actividad psicofisiológica
Desorden afectivo	— Anormales amplitudes en potenciales evocados visuales.
Esquizofrenia	— Reducción de ondas alfa. — Aumento de ondas delta. — Atenuación de la amplitud del P300. — Escasa inhibición de la amplitud del P50.
Alcoholismo	— Exceso de actividad rápida en el EEG. — Reducción de la amplitud del P300.

TABLA 5.8

Factores que inciden en la actividad del sistema nervioso central

Actividad	Factores	Efectos
Electroencefalograma	Deprivación sueño.	Enlentecimiento ondas.
Potenciales evocados	Deprivación tabaco.	Reducción potenciales evocados visuales.
Potenciales evocados	Clorpromazina.	Aumento latencia de todos los componentes y reducción de amplitud de los últimos.
Variación negativa contingente	Anfetaminas.	Aumenta o reduce la amplitud.
Variación negativa contingente	Clorpromazina.	Reduce la amplitud.

Por último, hay que mencionar que recientemente se ha comenzado a utilizar clínicamente la neuromagnetometría, que se basa en la detección de los campos magnéticos que se producen con el movimiento de iones a través de las membranas de las células nerviosas. La combinación de un cierto número de neuronas simultáneamente activas produce un campo magnético de suficiente intensidad para ser captado en la superficie del cuero cabelludo. La captación se realiza sobre una matriz de puntos secuenciales cuya ubicación es referida a puntos específicos de las localizaciones de la derivación 10-20 utilizada en electroencefalografía.

6. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

A continuación vamos a revisar los procedimientos de evaluación psicofisiológica que más frecuentemente pueden encontrarse en la práctica clínica habitual. No obstante, existen otros procedimientos cercanos que por razones de extensión no van a ser tratados aquí, como es el caso de la evaluación del sistema nervioso central y la neuropsicológica.

En lo que se refiere a la evaluación neuropsicológica, ésta posee un desarrollo y sistematización muy diferentes de los procesos aquí recogidos y, por tanto, su exposición se escapa de los objetivos de este capítulo. No obstante, es preciso mencionar que desde esta perspectiva existen interesantes aportaciones a la evaluación de trastornos de ansiedad, depresivos y esquizofrénicos, por lo que remitimos al lector interesado a la excelente obra de Puente y McCaffrey (1992). Del mismo modo, una revisión sobre la evaluación psicofisiológica de los procesos centrales en los trastornos del sueño puede verse en Buela-Casal y Navarro (1990).

6.1. Evaluación exploratoria

No existe un procedimiento establecido de forma única y general para la realización de la evaluación psicofisiológica exploratoria para su uso clínico. Esto parece ser debido, en buena medida, a su reciente incorporación como técnica dentro de la evaluación comportamental (Stegagno, 1991; Sturgis y Arena, 1984). Consiguientemente, el procedimiento que se expone a continuación no sólo no es el único posible, sino que únicamente pretende ser un ejemplo de los posibles tipos de procedimientos que pueden ser utilizados.

La evaluación psicofisiológica, a no ser que se tenga información específica y previa, acerca de la problemática que presente el sujeto debe comenzarse con la realización de una exploración psicofisiológica, es decir, una toma de contacto que nos proporcione un perfil psicofisiológico general del sujeto. Este perfil será el que nos oriente acerca de

la naturaleza del problema que presenta el sujeto, y, una vez delimitado éste, pasaremos a realizar una evaluación específica de tal problemática.

La evaluación psicofisiológica exploratoria se realiza tras haber encontrado a través de otras técnicas, dentro del proceso global de evaluación, indicios de que los componentes psicofisiológicos son una parte importante de la problemática que presenta el sujeto. Esta información se concreta en síntomas somáticos, trastornos, molestias, etc., que aparecen reflejados en las entrevistas e historias clínicas, así como en los datos obtenidos mediante autoinformes, tales como los de percepción somática, listas de síntomas, trastornos de salud, ansiedad, estrés y emoción.

Esta primera evaluación exploratoria está enfocada en la toma de contacto con el sujeto y en la delimitación del tipo de condiciones y sistemas psicofisiológicos implicados en la problemática particular del sujeto. Para su realización emplearemos al menos un índice de la actividad de los sistemas psicofisiológicos que puedan estar implicados, es decir, en la evaluación exploratoria el número de respuestas fisiológicas a registrar deberá ser lo más amplio posible, para tener una perspectiva general que no sólo nos permita detectar funcionamientos incorrectos, sino también descartar en futuras evaluaciones los sistemas que muestren un funcionamiento correcto. Así pues, cuanto mayor sea el número de actividades registradas, más rico en información será el perfil que obtengamos.

Las condiciones bajo las cuales realizaremos tales registros pueden ser muy variadas, pero sin duda la técnica más operativa en la clínica, por su brevedad y por la importante cantidad de situaciones que permite explorar en el sujeto, es la de someter al sujeto a un breve cuestionario cuyas preguntas recojan las principales áreas implicadas en su problemática. El procedimiento es equivalente en su ejecución, pero no en sus fines, a las técnicas del conocido «detector de mentiras». Se parte de un cuestionario específico para el tipo de conducta problema que presente el sujeto, en el cual las preguntas hacen referencia a diferentes áreas temáticas relevantes en ese tipo de problema; a su vez, las preguntas deben presentarse agrupadas temáticamente, ya que la proximidad temporal minimiza el efecto de la habituación diferencial.

En la tabla 5.9 puede verse un ejemplo de este tipo de cuestionarios. El cuestionario es utilizado para realizar una evaluación exploratoria de los efectos del estrés y recoge diferentes situaciones cotidianas que pueden estar implicadas en su aparición.

Básicamente, el procedimiento consistirá en pasar al sujeto el cuestionario y, al tiempo que contesta, registrar simultáneamente las respuestas psicofisiológicas que sean índices de la actividad de los sistemas fisiológicos objeto de la exploración. Así pues, la tarea que se presenta al sujeto es la de imaginar una serie de situaciones ante las cuales ha de ir dando una valoración. Además de registrar la actividad fisiológica, registraremos, también, las contestaciones que dé el sujeto a las diferentes preguntas del cuestionario. Así, en el caso de los ejemplos presentados, en los que se le pide que valore las distintas situaciones en una escala de 1 a 100, se irán registrando sus contestaciones. La comparación de los informes subjetivos con las respuestas psicofisiológicas es también de interés clínico, ya que es un buen índice de la duración y efectos del tratamiento. Así, a mayor concordancia, mejor pronóstico y viceversa.

En la figura 5.5 puede verse un ejemplo de los resultados obtenidos por un sujeto en el cuestionario exploratorio sobre estrés, que se recoge en la tabla 5.9. En esta figura pueden verse las respuestas dadas a cada pregunta del cuestionario con el informe subjetivo, frecuencia cardíaca, amplitud del pulso, conductancia de la piel, frecuencia respiratoria, índice fásico de *arousal,* temperatura periférica y actividad electromiográfica del músculo frontal.

Con la información que nos proporciona este perfil psicofisiológico, lo primero que tendremos que observar es el rango en el que se mueven las respuestas para cada señal y el tipo de patrón de respuesta que presenta el sujeto. En lo que se refiere al tipo de patrón, básicamente nos podremos encontrar con tres grandes tipos de patrones de respuesta:

a) Los patrones de respuesta pobre o no reactivo, que se corresponden con respuestas de

TABLA 5.9

Cuestionario exploratorio sobre estrés

Usando una escala de 1 a 100, en la que 1 significa nada de estrés, 50 estrés moderado y 100 pánico incontrolable:
— ¿Cuánto estrés siente usted en este momento? — ¿Cuánto estrés siente cuando piensa en mañana, de camino desde su casa hacia el trabajo? — ¿Cuánto estrés siente al mediodía de una jornada de trabajo, en un día especialmente ocupado? — ¿Cuánto estrés experimenta al volver a casa por la noche, después de un día de trabajo? — ¿Cuánto estrés siente cada mañana al despertarse y pensar en todo lo que va a hacer ese día? — ¿Cuánto estrés siente cuando imagina cómo va a ser una reunión informal, con amigos íntimos o con la familia? — ¿Cuánto estrés le causa imaginar una competición o lucha con un compañero, en el trabajo o en el deporte? — ¿Cuánto estrés le causa pensar en las facturas que tiene que pagar en estos días? — ¿Cuánto estrés siente cuando piensa en su futuro inmediato? — ¿Cuánto estrés siente si piensa en la muerte de algún familiar? — ¿Cuánto estrés siente si se encuentra metido en una pelea entre miembros de su familia? — ¿Cuánto estrés le causa imaginarse que puede contraer una enfermedad crónica de la que no va a mejorar ni a empeorar? — ¿Cuánto estrés le causa pensar en la posibilidad de coquetear con un atractivo desconocido? — ¿Cuánto estrés siente si se imagina tener que asistir a una reunión social, formal, con personas que no conoce? — ¿Cuánto estrés le causa pensar en la posibilidad de perder su trabajo? — ¿Cuánto estrés siente si piensa en la posibilidad de descender en su situación de trabajo o estudios? — ¿Cuánto estrés le causa imaginarse que puede ser atacado o herido por un delincuente? — ¿Cuánto estrés siente usted en este momento?

escasas o nulas variaciones en las señales fisiológicas.

b) Los patrones de respuesta reactivos con activación generalizada, que corresponden a marcados cambios en la actividad del sujeto ante determinadas respuestas, pero siendo estos cambios sincronizados o equivalentes en todas las actividades.

c) Los patrones de respuesta reactivos con activación fraccionada o desincronizada, que corresponden con cambios en alguna actividad pero sólo con una parte de sus sistemas, dando repuestas nulas o pobres con otra parte de sus sistemas.

En la figura 5.6 se presenta un ejemplo simplificado de estos tres tipos de patrones de respuesta. El gráfico A de la figura 5.6 corresponde a un patrón de respuesta pobre, en el que puede apreciarse cómo los cambios que se producen con la introducción de la pregunta, señalados con una flecha, no son significativamente mayores en amplitud que los producidos por la propia actividad espontánea. En el gráfico B de esta misma figura puede verse un patrón de respuesta reactivo pero con una activación generalizada de todas las señales. Y en el gráfico C puede verse un patrón reactivo pero con una activación fraccionada, en la que la presentación de la pregunta ha producido una clara respuesta en la frecuencia cardíaca sin afectar al conjunto de las otras señales.

En función del tipo de patrón de respuesta que prime en el perfil psicofisiológico, continuaremos la evaluación o daremos por terminado el proceso (véase la figura 5.7). Así pues:

a) Si el patrón de respuesta es pobre, no reactivo y con variaciones o respuestas espontáneas de escasa amplitud, que son fruto del nivel de activación general del sujeto y no consecuencia de la introducción de las preguntas, daremos por terminado el proceso. Si las temáticas utilizadas en la exploración son adecuadas a la problemática, la explora-

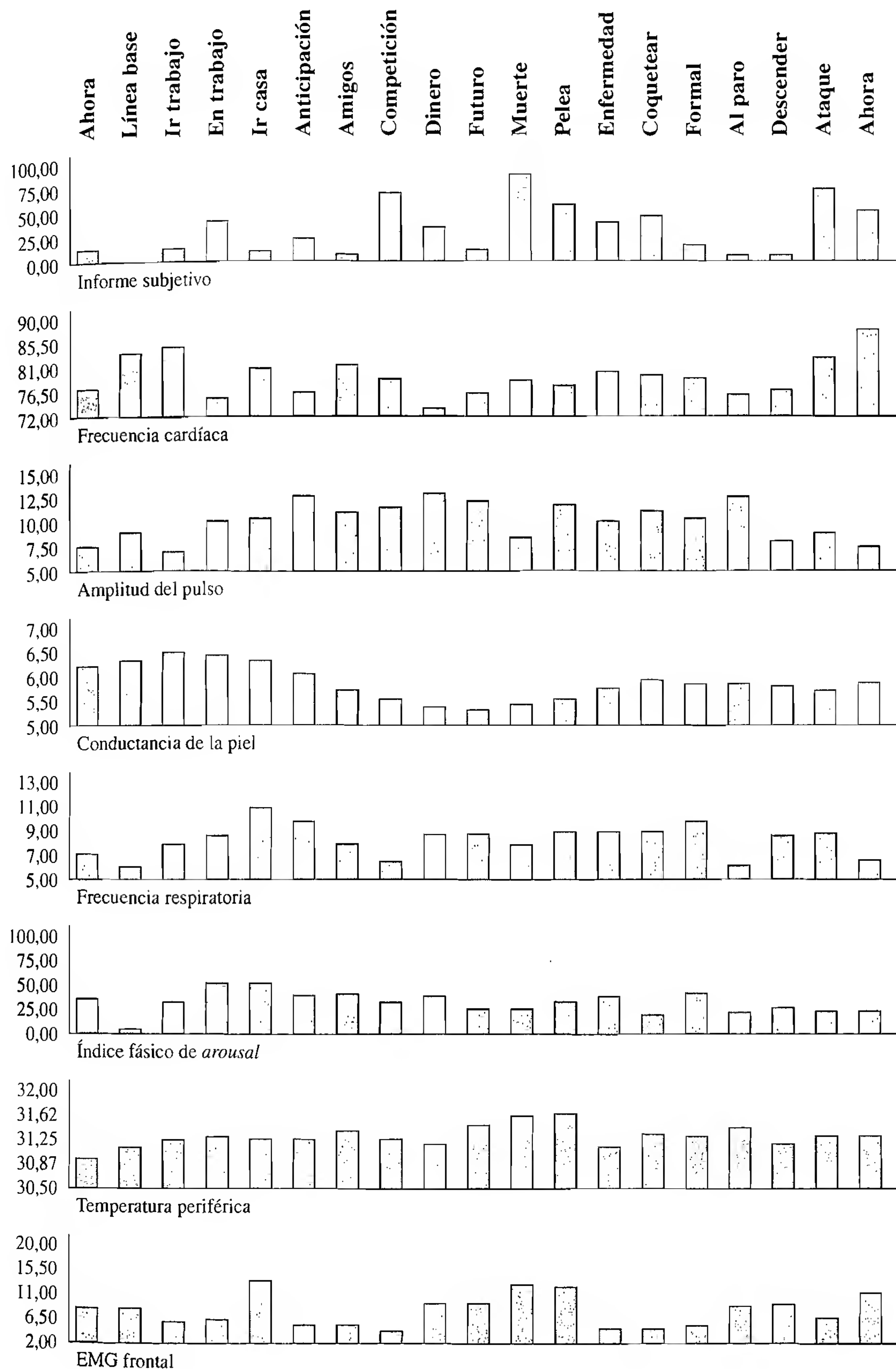

Ahora
Línea base
Ir trabajo
En trabajo
Ir casa
Anticipación
Amigos
Competición
Dinero
Futuro
Muerte
Pelea
Enfermedad
Coquetear
Formal
Al paro
Descender
Ataque
Ahora
100,00
75,00
50,00
25,00
0,00
Informe subjetivo
90,00
85,50
81,00
76,50
72,00
Frecuencia cardíaca
15,00
12,50
10,00
7,50
5,00
Amplitud del pulso
7,00
6,50
6,00
5,50
5,00
Conductancia de la piel
13,00
11,00
9,00
7,00
5,00
Frecuencia respiratoria
100,00
75,00
50,00
25,00
0,00
Índice fásico de *arousal*
32,00
31,62
31,25
30,87
30,50
Temperatura periférica
20,00
15,50
11,00
6,50
2,00
EMG frontal

Figura 5.5.

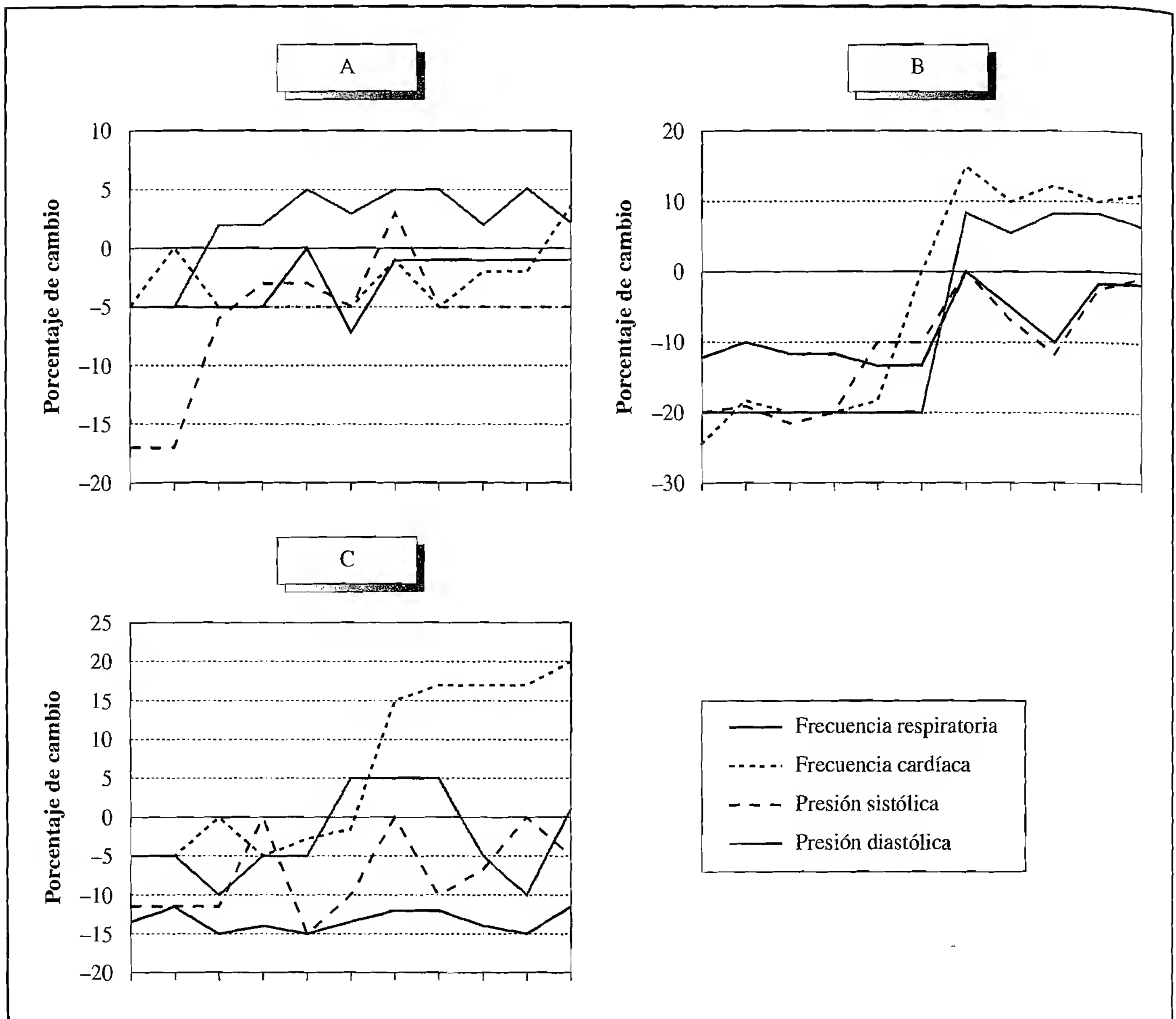


Figura 5.6.—Patrones básicos de respuesta.

ción habrá puesto de manifiesto la inexistencia de componentes psicofisiológicos en ese sujeto.

b) Si el patrón es reactivo a las preguntas, pero sus respuestas están sincronizadas, es decir, son concordantes entre sí, habrá que estudiar las amplitudes de estas respuestas. Si la amplitud es baja o moderada, pasaremos a extraer la información relativa a las temáticas en las que se ha producido una mayor amplitud de respuesta. Si la amplitud es alta, habrá que buscar si se han producido condiciones especiales que justifiquen esta alta reactividad (expectativas ante la evaluación, estado emocional alterado en el momento de la evaluación, ingesta de sustancias que faciliten la activación, etc.) y en caso afirmativo habrá que repetir la exploración eliminando o atenuando tales condiciones; en caso contrario, además de extraer la información relativa a las temáticas en las que se ha producido una mayor amplitud

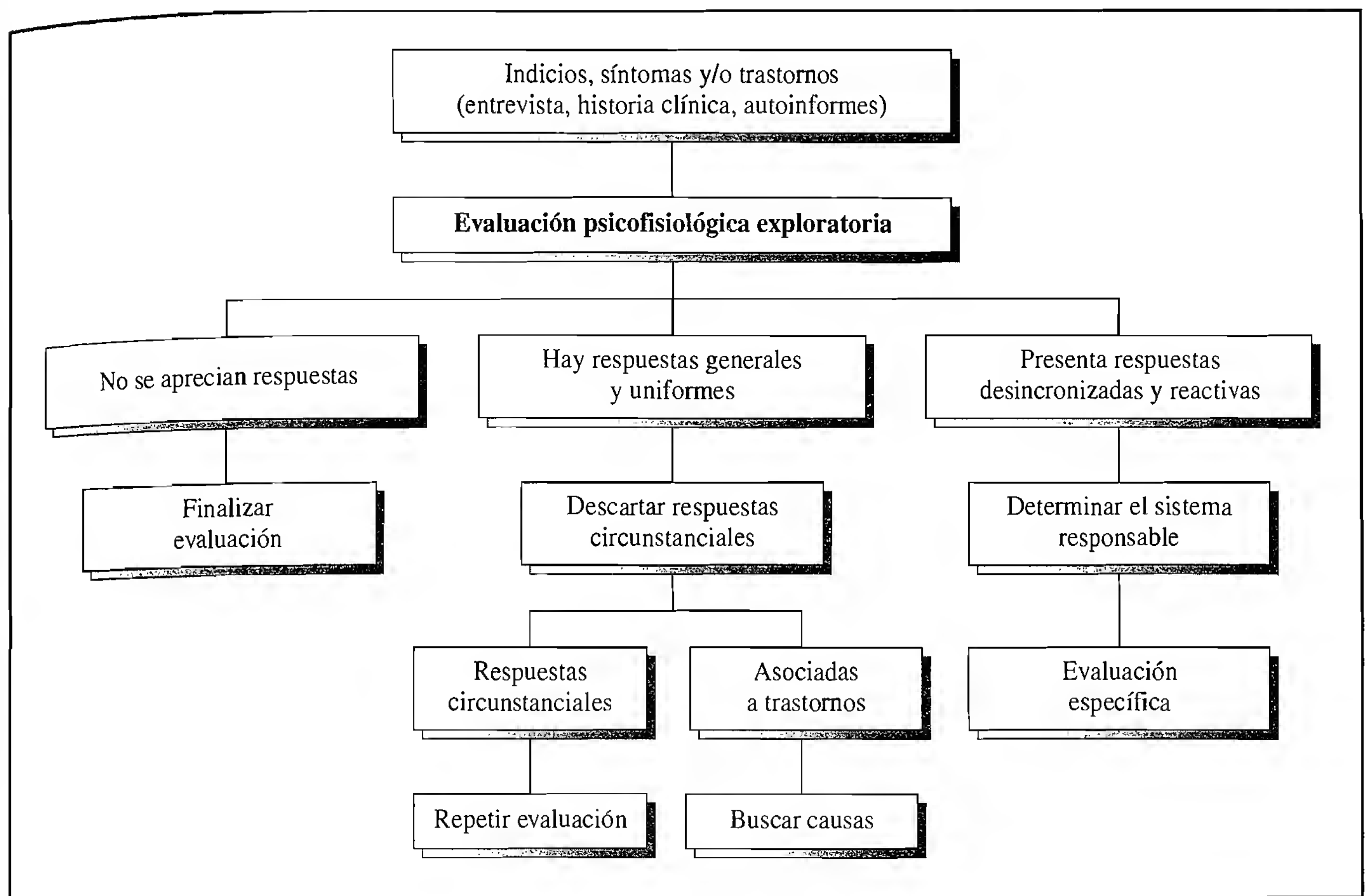


Figura 5.7.—Esquema de la evaluación exploratoria.

de respuesta, tiene especial interés estudiar los tiempos de recuperación de las respuestas, lo que implicará la consideración de este patrón a todos los efectos, como patrón desincronizado, y la realización de la pertinente evaluación específica.

c) Por último, si el patrón de respuesta que aparece es reactivo a la pregunta, pero con respuestas desincronizadas, es decir, con fraccionamiento en alguno de los sistemas de respuesta, será necesario realizar una exploración específica sobre ese sistema fisiológico.

La evaluación específica se puede realizar, a su vez, tanto sobre procesos automáticos como sobre procesos controlados. Es en el campo de los trastornos psicofisiológicos, de los trastornos de ansiedad y procesos esquizofrénicos en el que la evaluación de los procesos automáticos parece tener mayor interés, no siendo especialmente relevante en los restantes tipos de trastornos. Por contra, la evaluación de los procesos controlados abarca, además de éstos, todos los trastornos que componen el campo de aplicación de la evaluación psicofisiológica. En la figura 5.8 se muestra el diagrama que guía la evaluación específica y que es desarrollada en los siguientes apartados.

6.2. Evaluación de procesos automáticos

Las respuestas de orientación y defensa son patrones de respuesta fisiológicos que están relacionados con los sistemas perceptivos; más concretamente forman parte de los sistemas funcionales preatencionales, y ejercen cambios en la sensibilidad de los receptores. Estos dos patrones son en cierta medida antagónicos entre sí y aparecen ante condiciones ambientales inespecíficas, antes de que

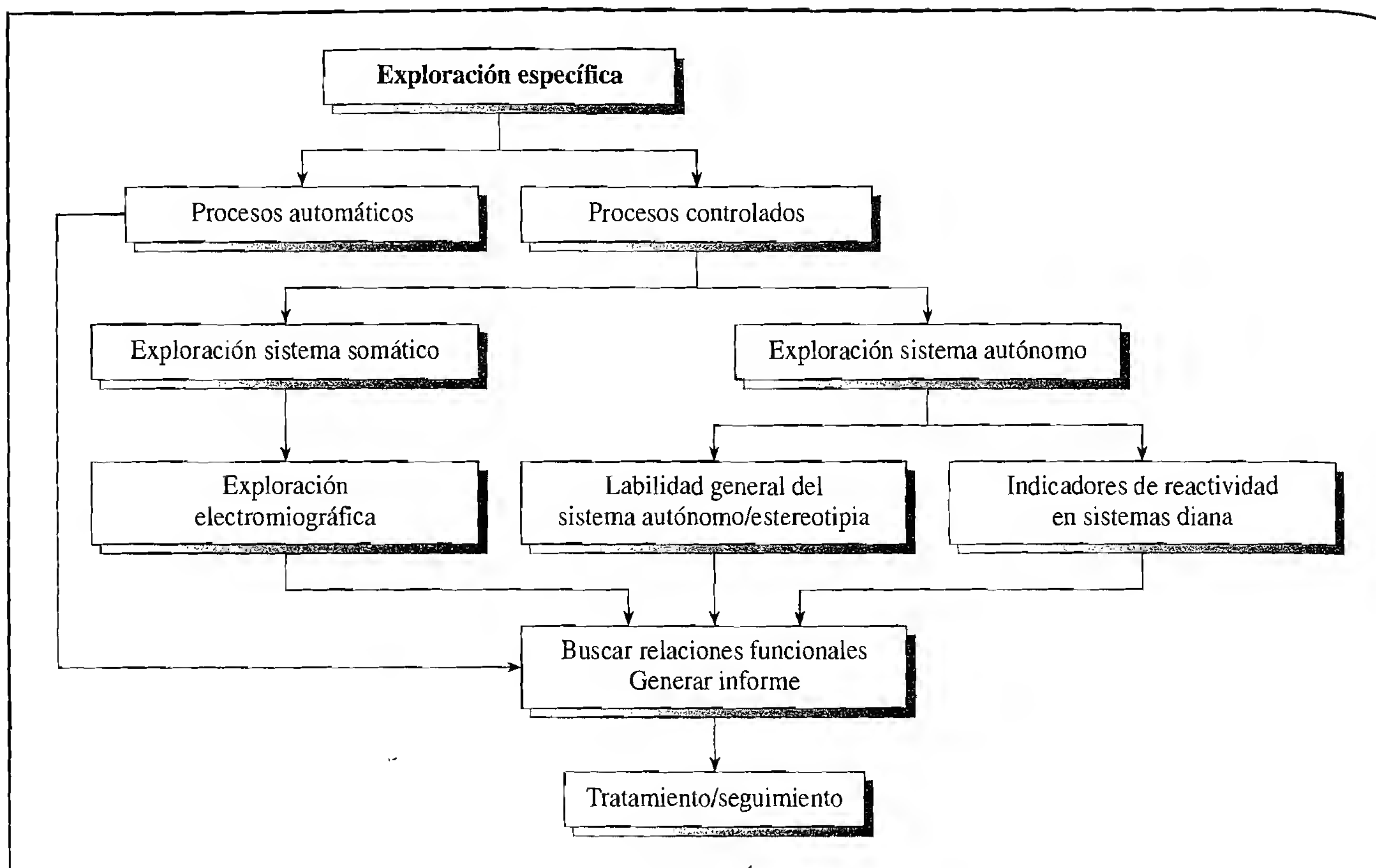


Figura 5.8.—Esquema de la evaluación específica.

sean procesadas y de que el sujeto pueda movilizar estrategias de afrontamiento.

La respuesta de orientación forma parte de un sistema funcional independiente que entra en funcionamiento ante estímulos nuevos, sorpresivos o no esperados, cuyo estudio fue iniciado por Pavlov y sistematizado por Sokolov. La respuesta de orientación parece estar asociada a un incremento en la sensibilidad de los órganos sensitivos, para aumentar y optimizar la receptibilidad del organismo, así como en los niveles centrales de análisis. La respuesta de defensa es una reacción de protección que tiene lugar ante estímulos presumiblemente peligrosos o estímulos de muy alta intensidad. La respuesta de defensa parece tener como función, por comparación con la de orientación, la limitación de los efectos que puedan tener sobre el organismo los estímulos intensos o peligrosos. Se produce ante estímulos de alta intensidad e implica sistemas de feedback negativos que limitan la acción de los estímulos. Las respuestas de orientación y de defensa son en muchos aspectos y efectos patrones contrarios entre sí; en la tabla 5.10 puede verse de forma comparativa la caracterización psicofisiológica de cada uno de estos tipos de respuestas.

El tipo de procedimiento para la realización de esta evaluación consiste en la presentación de alrededor de 40 estímulos, separados entre sí por un período de entre 30 y 60 segundos. Alguno de estos estímulos que sea característico de patrones de orientación es repetido típicamente 15 veces para estudiar el proceso de habituación de esta respuesta. Los distintos tipos de procedimientos existentes pueden sistematizarse en función de la modalidad sensorial que utilizan:

a) Así, la modalidad sin duda más utilizada es la auditiva. Dentro de ésta, a su vez, nos encontramos con dos tipos de estímulos. Por una parte, tenemos el uso de tonos puros, por ejemplo un tono de 1.000 Hz con una duración de 2 segundos, variando la intensi-

TABLA 5.10

Características psicofisiológicas de los patrones de orientación y de defensa

Características psicofisiológicas	R. Orientación	R. Defensa
Tono muscular general. Amplitud respiración. Frecuencia respiración.	Aumento. Aumento. Disminución.	Aumento. Aumento. Aumento.
Frecuencia cardíaca. Respuesta vasomotora periférica. Respuesta vasomotora cefálica. Respuesta de conductancia de la piel. Nivel de conductancia de la piel.	Disminución. Constricción. Dilatación. Incremento. Aumento.	Aumento. Constricción. Constricción. Incremento. Aumento.
EEG (rapidez ondas). EEG (voltaje/amplitud).	Aumento. Disminución.	Aumento. Aumento.
Habituación. Actividad motora irrelevante. Movimiento hacia estímulo. Sensibilidad sentidos.	Rápida. Disminución. Aproximación. Aumento.	Muy lenta. Disminución. Alejamiento. Disminución.

dad a la que es presentado, típicamente 45, 60, 75, 90 y 105 dB (Turpin y Siddle, 1983). Y, por otra parte, tenemos los estímulos con significado, por ejemplo el sonido de una llamada de teléfono, unas risas, un grito, etc. (Labrador y Fernández-Abascal, 1990).

b) La modalidad visual tiene un uso mucho más restrictivo y suele estar asociada a la evaluación de fobias. Los estímulos y materiales típicamente utilizados comprenden diapositivas de paisajes, escenas de víctimas de homicidios, desnudos, estímulos potencialmente fóbicos, flores, etc.

c) Por último, la modalidad menos usual, pero altamente estudiada por la escuela de Moscú (Sokolov, 1966), es la electrocutánea, mediante descargas eléctricas de distinta intensidad.

Los resultados que podremos obtener de la evaluación de este tipo de patrones, en primer lugar para el caso de los trastornos psicofisiológicos, se caracterizan porque los sujetos que padecen este tipo de trastornos producen un número de respuestas de defensa mayor que el de los sujetos que no tienen este tipo de trastornos. Además, estas respuestas de defensa aparecen incluso ante materiales neutros, frente a los cuales los sujetos que no padecen trastornos producen respuestas de orientación o no responden.

En el caso de los trastornos de ansiedad de forma general los trabajos existentes no son concluyentes, debido a la diversidad de criterios utilizados en la selección de sujetos con este tipo de trastornos y dado el alto número de respuestas espontáneas que aparecen en ciertos estados de ansiedad, lo que dificulta el estudio de este tipo de patrones. No obstante, hay dos datos que parecen definitivos: por una parte, que los sujetos con trastornos de ansiedad producen un número mayor de respuestas de defensa que los sujetos que no padecen tales tipos de trastornos y, por otra, que los sujetos con trastornos muestran una tasa de habituación de las respuestas de defensa mucho más baja que los no ansiosos, incluso ante estimulación no fóbica y monótona.

En contra de lo que ocurre con los trastornos de ansiedad en general, los efectos sobre los comportamientos fóbicos están mucho más delimitados. Así, en lo que se refiere a la actividad psicofisiológica

que tiene patrones de orientación y defensa antagónicos, los sujetos no fóbicos producen respuestas de orientación ante el material de tipo fóbico, mientras que los sujetos fóbicos producen respuestas de defensa, y ambos tipos de sujetos producen respuestas de orientación ante el material de tipo neutro. En lo que se refiere a actividades no antagónicas, los sujetos no fóbicos ante materiales fóbicos producen respuestas EMG frontales mayores que los fóbicos. Con respecto a la frecuencia de respuesta en conductancia de la piel, es mayor en los sujetos fóbicos ante material fóbico o neutro o que la de los sujetos no fóbicos, y esto se produce especialmente en presentaciones breves, dada la rápida habituación de la conductancia de la piel. Por último, la variación negativa contingente es menor en los sujetos fóbicos frente a la de los no fóbicos.

En el caso de los trastornos esquizofrénicos, dada la hipótesis de deterioro de los procesos atencionales, se ha estudiado principalmente la respuesta de orientación. El tipo de patrón de respuesta de los sujetos con trastornos esquizofrénicos es bimodal, es decir, que aproximadamente la mitad de los sujetos presenta un patrón de hiporresponsividad y la otra mitad presenta un patrón de hiperresponsividad. El patrón de hiporresponsividad se caracteriza por la prácticamente nula aparición de respuestas de orientación, especialmente cuando es medida mediante la conductancia de la piel. Por contra, el patrón de hiperresponsividad se caracteriza por unas respuestas de orientación de gran amplitud, con una rápida pendiente de subida, una rápida recuperación de los niveles previos al inicio de la respuesta y por la falta de habituación de la respuesta. En lo referente a la variación negativa contingente, los sujetos con trastornos esquizofrénicos presentan unas amplitudes reducidas en los componentes N90, N220 y P340.

6.3. Evaluación de procesos controlados

6.3.1. *La evaluación del sistema nervioso somático*

El procedimiento de la evaluación del sistema somático se caracteriza por la realización de una exploración electromiográfica de las principales unidades musculares que pueden estar implicadas en los transtornos a estudiar.

Todas las unidades musculares a considerar han de ser medidas bilateralmente, es decir, tanto los músculos del lado derecho como los del izquierdo, y, al menos, se incluirán los músculos frontales, los temporales, los maseteros, los esternocleidomastoideos, los cervicales paraespinales, los trapecios superiores, los paraespinales torácicos 1, 6, 10 y los lumbales 3 y, por último, los abdominales. Además de estas unidades musculares, deberán incluirse todas aquellas sobre las que haya sospecha de que puedan estar implicadas en la sintomatología que presente el sujeto.

La exploración estándar se efectuará en dos posiciones distintas, típicamente en las posiciones de sentado y de pie. En cada una de las posiciones y para cada una de las unidades musculares se tomarán al menos dos medidas de cada músculo para cada uno de los lados, derecho e izquierdo (Iacono, 1991; Gram, 1986).

En la tabla 5.11 se exponen los datos correspondientes a la población «normal» (sin alteraciones del sistema somático), en la que pueden verse los valores medios y sus desviaciones típicas, para los niveles electromiográficos de las unidades musculares estándar en las posiciones sentado y de pie. Estos datos son los mismos para los músculos de ambos lados, no existen diferencias significativas entre ambos lados, ni para hombres y mujeres, ni para las diferentes edades de sujetos adultos.

Con los resultados que se obtengan de esta evaluación se realizará una doble comparación. Por una parte, una comparación con la medición bilateral, es decir, se comparan los resultados obtenidos en las unidades musculares derechas con los obtenidos en las izquierdas, no debiendo existir diferencias mayores de una desviación típica entre ellas (véase la tabla 5.11). A su vez, los resultados de la exploración se compararán con los valores normativos de la tabla 5.11. Esto servirá para ponernos de manifiesto si se dan niveles adecuados de funcionamiento o se detecta la existencia de unidades musculares hipertónicas, que serán aquellas que tengan un valor superior a la media en más de una desviación típica, o

TABLA 5.11

Valores medios de actividad electromiográfica

Músculos	Sentado		De pie	
	Media	DT	Media	DT
Frontal	1,9	2,0	2,1	2,0
Temporal	2,4	2,1	2,3	2,1
Masetero	1,7	1,3	1,6	1,5
Esternocleidomastoideo	1,3	1,5	1,4	1,6
Cervical P. S.	1,9	1,2	1,8	1,9
Trapecio superior	2,2	2,6	3,1	2,8
Paraespinal T1	2,2	1,9	2,9	2,8
Paraespinal T6	2,5	2,7	2,3	2,9
Paraespinal T10	2,2	2,8	3,0	3,1
Paraespinal L3	1,9	2,6	3,3	3,4
Abdominal	1,0	1,5	1,1	1,0

la existencia de unidades musculares hipotónicas, que son las que tengan valores inferiores a la media menos media desviación típica. En el tipo de trastornos en el que nos estamos centrando, el problema más habitual que puede aparecer es el de la hipertonía, el cual deberá ser objeto de un tratamiento específico cuando sean una o dos las unidades musculares afectadas. Cuando obtengamos unos niveles elevados más o menos generalizados en el tono muscular, el tratamiento deberá afectar a todas las unidades musculares de forma más general.

6.3.2. *La evaluación del sistema nervioso autónomo*

El problema de la homeostasis autonómica y de los mecanismos reguladores del balance entre el sistema simpático y el parasimpático es crucial en el estudio de la tolerancia del organismo a los trastornos con componentes emocionales y a la conservación estable del medio interno del sujeto.

La evaluación de la labilidad del sistema nervioso autónomo implica, al menos, la utilización de alguno de los índices de actividad del propio sistema nervioso autónomo (tónico o fásico), y, además, típicamente se han utilizado también la conductancia de la piel y la frecuencia cardíaca.

La primera de estas opciones, la relativa al uso de los índices de balance del sistema nervioso autónomo, puede realizarse mediante la evaluación de la puntuación } del índice tónico de *arousal* y se obtendrá mediante las diferentes medidas que configuran este índice, bajo condiciones de no actividad física ni mental. En este índice la población se distribuye normalmente y nos proporciona una clasificación de los sujetos como poseedores de un patrón lábil marcado por la activación del sistema nervioso simpático o parasimpático o, por contra, presenta un patrón equilibrado. En la tabla 5.12 puede verse cómo se distribuyen una serie de trastornos en función de las diferentes puntuaciones }; como puede observarse, a pesar de encontrarse teóricamente un patrón equilibrado en la puntuación 70, los sujetos sin ningún tipo de trastorno conocido obtienen una puntuación media de 68,22.

Una alternativa más dinámica y precisa la encontramos con el uso del índice vegetativo de Kerdö. El procedimiento implica someter al sujeto a una tarea que conlleve una activación del sistema nervioso autónomo, mientras que se observan las variaciones del índice durante la ejecución de esta tarea, así como durante un período posterior de recuperación. En la figura 5.9 pueden verse representados los cuatro patrones básicos de equilibrio autonómico, estimados mediante el cálculo de este índice, minuto a minuto.

TABLA 5.12
Patrones autonómicos y tipos de trastornos, utilizando el índice $\bar{A}$

Patrón autonómico	Tipo de trastorno	Media
Patrón simpático	Hipertensión esencial. Trastornos de ansiedad. Fobias y miedos. Excesiva sudoración. Taquicardia.	64,74 66,47 65,80 67,30 67,66
	Sin trastorno conocido.	68,22
	Estados febriles. Dolor estomacal. Alergias. Migrañas. Artritis.	68,27 68,53 68,55 68,99 69,74
Patrón equilibrado		70,00
Patrón parasimpático	Asma bronquial. Úlcera péptida. Hipotensión arterial.	70,06 70,38 73,54

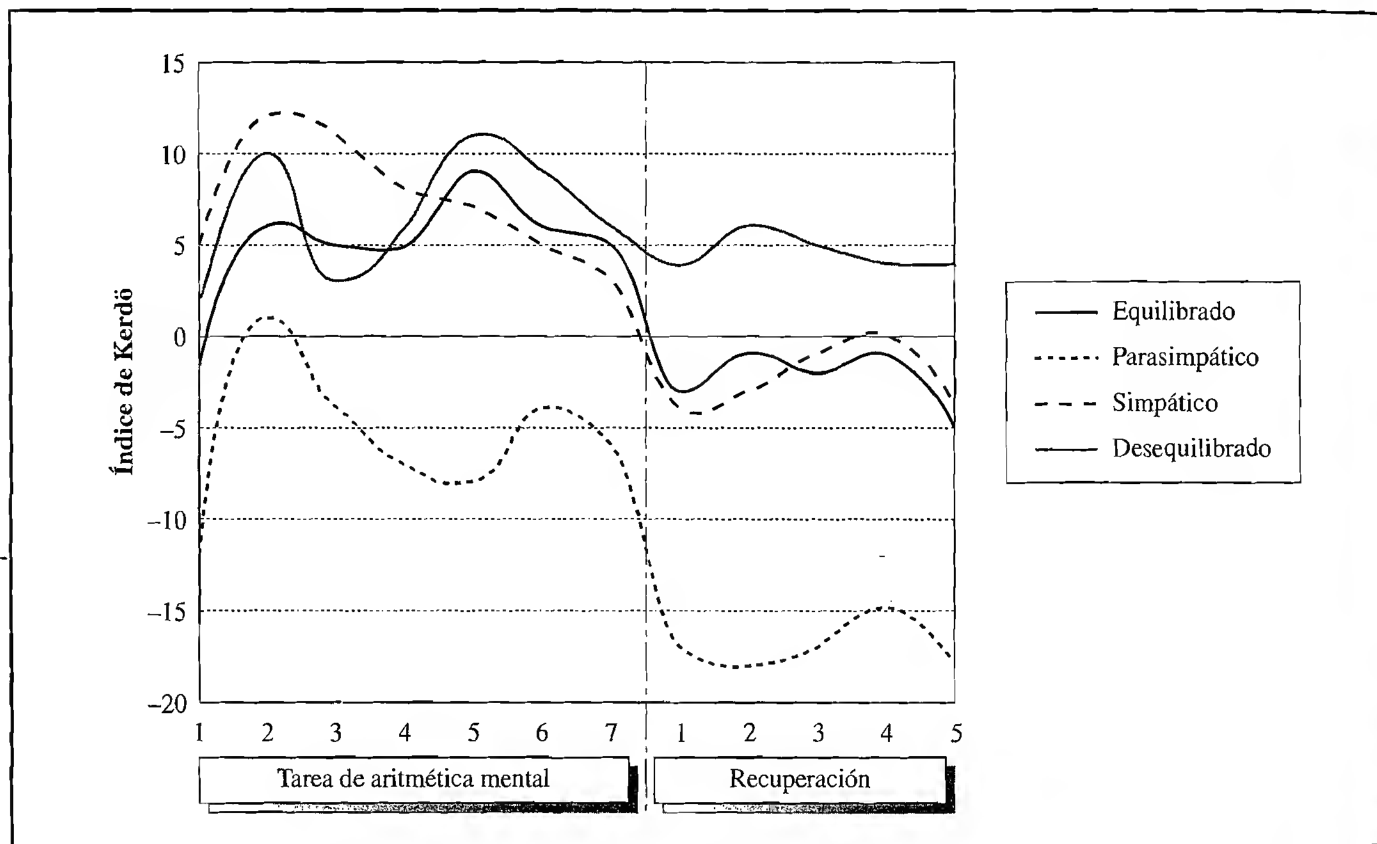


Figura 5.9.—Patrones del sistema nervioso autónomo utilizando el índice de Kerdö.

El procedimiento utilizado fue una tarea de aritmética mental de siete minutos de duración, seguida por cinco minutos de recuperación. Los patrones autonómicos que pueden observarse en la figura son:

a) El patrón de balance autonómico equilibrado, que presenta una activación de la rama simpática durante el período de ejecución de la tarea, activación que es inmediatamente reducida por actuación del parasimpático en los primeros momentos del período de recuperación, alcanzando rápidamente los valores que tenía previamente al inicio de la tarea.
b) El patrón simpático, que presenta, especialmente al inicio de la tarea, una alta activación simpática, que en su período de recuperación es contrarrestada por la actuación del parasimpático de forma equivalente a la del patrón equilibrado.
c) El patrón parasimpático, que durante la realización de la tarea presenta una activación simpática equivalente a la del patrón equilibrado pero partiendo de unos valores de predominio parasimpático y manteniéndose siempre bajo ese predominio. Durante el período de recuperación la acción del parasimpático produce una caída de la activación más rápida y marcada que en el caso del patrón equilibrado, y los valores alcanzados son significativamente menores que los previos al inicio de la tarea.
d) El patrón desequilibrado, que presenta una activación simpática durante la tarea que es equivalente a la del patrón equilibrado, aunque con valores ligeramente más elevados; sin embargo, durante el período de recuperación, la acción del parasimpático no consigue reducir la activación simpática y los valores del índice se mantienen elevados durante todo este período.

La segunda de las alternativas, frecuentemente utilizada, es el uso de la conductancia de la piel, como índice de la actividad simpática, o de la frecuencia cardíaca, como índice que refleja tanto la actividad simpática como la parasimpática. Esta alternativa presenta serias dificultades de interpretación, pues, como se vio para el caso de la frecuencia cardíaca en el apartado de la especificidad situacional, ésta tiene un alto grado de sensibilidad pero muy bajo de discriminación. Consiguientemente, será preciso utilizar la medida de un mayor número de actividades para aumentar la discriminación, por ejemplo las empleadas en la evaluación exploratoria, y así tener suficiente información que nos permita una correcta interpretación de los patrones psicofisiológicos obtenidos.

El procedimiento a emplear supone también el uso de varias tareas, de entre las que típicamente se han encontrado que generan una alta reactividad sobre el sistema autónomo. El tipo de tareas que han mostrado una alta sensibilidad a la reactividad autonómica comprenden: tareas de tipo *stroop,* tiempos de reacción simples, hiperventilación mantenida, resolución de anagramas, visionado de películas, videojuegos, resolución de laberintos, tareas de aritmética mental, pruebas de memoria, evitación de condiciones aversivas, resolución de matrices de Raven, etc.

Un ejemplo de sesión de evaluación puede comprender un período de línea base y cuatro tareas, con sus correspondientes períodos de recuperación, tales como hablar de una situación reciente que haya implicado una alta respuesta emocional; estudiar los efectos *seno aritmia,* como una hiperventilación mantenida; afrontamiento activo, como por ejemplo un videojuego o un tiempo de reacción con evitación de estimulación aversiva, y afrontamiento pasivo, como por ejemplo una tarea de aritmética mental o la inmersión de un miembro en agua a cero grados *(cold pressor).*

El objetivo final de este tipo de evaluación es el de estudiar el balance autonómico y detectar si algún sistema u órgano presentan activaciones desmedidas o patrones no equilibrados en su funcionamiento.

6.3.3. *La evaluación de órganos diana*

La evaluación de subsistemas autonómicos u órganos específicos regulados por este sistema nervio-

so implica, en la mayoría de los casos, la utilización de mediciones de la actividad de éstos más específicas y bajo condiciones a su vez también específicas.

Así, por ejemplo, en la evaluación del sistema cardiovascular, ésta puede referirse a su vez a efectos centrales o periféricos. Para la realización de la evaluación de la reactividad central, habrá de obtenerse información de la presión arterial, tanto de la sistólica como de la diastólica, y de la frecuencia cardíaca, usándose comúnmente ésta también como índice de la salida cardíaca. Para la evaluación de la reactividad periférica, será necesario registrar al menos la temperatura periférica y la amplitud del pulso en el lugar distal afectado. Adicionalmente, podremos registrar también la actividad electromiográfica de los músculos frontales como índice del sistema somático, el cual mostrará un claro fraccionamiento direccional con el sistema cardiovascular que presenta la mayor reactividad. Las condiciones bajo las cuales debe realizarse la evaluación deben comprender, por un lado, una medición basal que sirva como línea base de referencia, para cuya realización puede utilizarse un período entre 10 y 20 minutos de relajación (Obrist, 1981), y, por otro, una medición bajo influencias principalmente beta y alfaadrenérgicas, para lo cual se pueden emplear condiciones de afrontamiento activo y pasivo, respectivamente. En tales condiciones los patrones psicofisiológicos que aparezcan nos permitirán determinar los componentes implicados en la reactividad cardiovascular que presente el sujeto.

La evaluación del sistema genitourinario y de respuestas sexuales, en su estado actual de desarrollo, no encaja totalmente en el esquema que hemos desarrollado aquí, puesto que se encuentran más cercanos de los registros realizados en el entorno natural del sujeto que de los registros bajo condiciones análogas, al no existir protocolos clínicos de evaluación estandarizados. Las actividades a registrar serán la circunferencia y/o el volumen del pene en el caso de los varones y el volumen y/o la temperatura vaginal en el caso de las mujeres. El tipo de procedimiento típico consiste en la exposición de una muestra de diapositivas que representan diversos tipos de situaciones que permiten determinar cuáles y cómo son las que producen activación de este sistema. Una revisión del estado actual sobre la evaluación psicofisiológica de la respuesta sexual puede verse en Cáceres (1990).

Por último, la evaluación del sistema gástrico en función de las diferentes disfunciones que puede presentar puede implicar registros de la acidez de las secreciones gástricas, de la motilidad estomacal, del tracto gastrointestinal y de la actividad de los esfínteres anales. El uso de este tipo de registros implica equipamientos altamente especializados, por lo que su utilización se encuentra más dentro de la investigación que de la práctica clínica. El tipo de tareas utilizadas en este caso son procedimientos de contingencias respondientes y operantes, sensibilidad de la percepción visceral y capacidad de predictibilidad y controlabilidad. Una extensa revisión de la particular problemática de esta área puede verse en Hölzl y Whitehead (1983) o en Latimer (1983).

7. CONCLUSIONES

La evaluación psicofisiológica es un conjunto de técnicas que nos permiten obtener información precisa y útil sobre determinados procesos psicofisiológicos. Estos procesos pueden tener significación en sí misma, es decir, forman parte de la sintomatología que presenta el trastorno o conducta problema; o, por contra, nos informan de otros procesos encubiertos, que no son evaluables directamente. En cualquiera de los casos, esta información es de utilidad en todos los niveles de actuación clínica.

La información que nos proporciona la evaluación psicofisiológica sirve de guía para la delimitación inicial del problema, para verificar la adecuación de la intervención que desarrollemos, para controlar el mantenimiento en el tiempo de los efectos del tratamiento y para actuar preventivamente, detectando desajustes funcionales antes de que éstos se cronifiquen y se manifiesten como trastornos establecidos.

Por tanto, la evaluación psicofisiológica aporta a la psicología de la salud, y a la modificación de conducta en particular, un importante bagaje de técni-

cas y procedimientos para ayudar al proceso de intervención. Sin embargo, no debe considerársela tan sólo como una mera serie de técnicas o herramientas diagnósticas, sino que precisamente el ámbito al que se ha encontrado reducida durante mucho tiempo, el de la investigación, sigue siendo una parte importante y, por consiguiente, hay que considerar la evaluación psicofisiológica también como un método de investigación para estudiar nuevos tipos de problemas y para comprender mejor los ya conocidos. También es, por tanto, un método para el desarrollo de teorías y modelos explicativos sobre los trastornos psicológicos, que nos ayuden a su comprensión y nos guíen en su tratamiento.

Por último, quisiéramos resaltar y dejar constancia de que a lo largo de todo este capítulo hemos introducido intencionalmente un sesgo, que además ha servido de guía y filtro para el desarrollo de todos los contenidos en él recogidos. Este sesgo es nuestro pensamiento sobre lo que debe ser en la actualidad la evaluación psicofisiológica, idea que gira sobre dos conceptos que entendemos fundamentales. Por una parte, que la unidad básica de observación debe ser el patrón psicofisiológico, es decir, no puede ser una respuesta fisiológica aislada, sino que debe centrarse en el estudio de los patrones de respuesta formados por la variación conjunta de distintas respuestas ante determinadas condiciones. Y, por otra parte, que la interpretación de tales observaciones debe irse acercando cada vez más a criterios psicométricos, es decir, la interpretación de los registros psicofisiológicos debe dejar de ser un arte para iniciados y dotarse de normas discriminantes estadísticamente determinadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Andreassi, J. L. (2006). *Psychophysiology: Human behavior and physiological response,* 4.ª ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Se trata sin duda de la obra de mayor difusión de todas cuantas se han escrito sobre psicofisilogía. Presenta de una manera clara y muy rigurosa todos los conceptos y procedimientos del campo. Obra de obligada lectura para quien se interese en este campo.

Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G. y Berntson, G. G. (2007). *The Handbook of Psychophysiology,* 3.ª ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Se trata del manual de referencia en la actualidad dentro del campo de la psicofisiología y de la evaluación psicofisiológica.

Roa, A. y Fernández-Abascal, E. G. (1993). Recursos instrumentales en modificación de conducta. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Es un capítulo en el que se revisan los aspectos instrumentales y metodológicos que se emplean en la evaluación psicofisilógica.

Simón, M. A. y Amenedo, E. (2001). *Manual de psicofisiología clínica.* Madrid: Pirámide.

Este libro es una compilación en castellano en la que se realiza una amplia revisión sobre los diferentes campos de aplicación en los que en la actualidad se trabaja en el área de la psicofisiología clínica.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La medida de la temperatura corporal, para el diagnóstico de procesos febriles, es un típico ejemplo de evaluación de la:

   a) Fisiología.
   b) Psicología fisiológica.
   c) Psicofisiología.

2. Los marcadores psicofisiológicos no específicos son:

   a) Indicadores psicofisiológicos.
   b) Marcadores episódicos.
   c) Marcadores de vulnerabilidad.

3. La evaluación psicofisiológica es:

   a) Variable dependiente.
   b) Variable independiente.
   c) Variable interviniente.

4. Uno de los objetivos de la evaluación psicofisiológica es el establecimiento de las relaciones funcionales de los cambios que se producen entre distintos:

   a) Procesos cognitivos.
   b) Sistemas fisiológicos.
   c) Comportamientos antagónicos.

5. Los campos de máxima aplicación de la evaluación psicofisiológica son:

   a) Las enfermedades degenerativas.
   b) Las enfermedades infecciosas.
   c) Las enfermedades psicosomáticas.

6. El mejor índice de activación del sistema nervioso somático es:

   a) El índice de Kerdö.
   b) La actividad electromiográfica de los músculos frontales.
   c) La frecuencia cardíaca.

7. Los registros psicofisiológicos realizados en el entorno natural tienen:

   a) Una alta validez interna.
   b) Una alta validez externa.
   c) Un mayor control de las condiciones desencadenantes.

8. Las evaluaciones específicas se realizan cuando en la evaluación exploratoria aparecen patrones de respuesta:

   a) Pobre.
   b) No reactivos.
   c) Reactivos.

9. La evaluación de los procesos automáticos se realiza mediante:

   a) El estudio de patrones de respuesta de orientación y defensa.
   b) Entrevistas estructuradas.
   c) Autorregistros.

10. Cuando no de antecedentes específicos, el tipo de actividad fisiológica objeto de registro será:

   a) Tónica.
   b) Fásica.
   c) Espontánea.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	c	a	b	c	b	b	c	a	c

Formulación clínica y tratamiento psicológico de un caso de trastorno de control de impulsos

6

FRANCISCO JAVIER LABRADOR
FRANCISCO JOSÉ ESTUPIÑÁ
AMPARO DURÁN

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente capítulo es presentar un caso que pueda servir de ejemplo de cómo llevar a cabo la evaluación, la formulación clínica y el tratamiento psicológico de un problema clínico.

Varias son las razones que han llevado a seleccionar este caso como ejemplo; entre ellas pueden apuntarse las siguientes:

En primer lugar, no se trata de una persona con un problema concreto y específico al que se puede aplicar una intervención breve y precisa en poco más de seis-ocho sesiones. Sin duda ese tipo de casos es frecuente y resulta interesante poder disponer de tratamientos que rápidamente permitan superar el problema. No obstante, con frecuencia se ha identificado sólo esta clase de intervenciones con el quehacer de los psicólogos clínicos, apuntándose las limitaciones de este tipo de acercamiento para abordar problemas complejos o trastornos más generales. El caso que se presenta es el de una mujer que llega a tratamiento en una situación de completa desorganización de su vida, es más, no llega voluntariamente, sino presionada por sus familiares y sin considerar que realmente tenga un problema importante. De forma que antes de nada hay que proceder a «implicar» al futuro paciente en el proceso de intervención.

Además, frente a las manifestaciones más llamativas y específicas del caso (la presencia reiterada de conductas de juego patológico), se constató la necesidad de trabajar primero y fundamentalmente en los aspectos centrales que estaban determinando esta y otras manifestaciones psicopatológicas, en concreto su capacidad de tomar decisiones y de organizar su propia vida a medio y largo plazos. Esta opción se refleja en el diagnóstico formal DSM-IV-TR, en el que se optó por uno más general que el de juego patológico, como era el «trastorno de control de impulsos», al tiempo que se mantenía una perspectiva marcadamente funcional de los problemas de la paciente.

Dado el objetivo central señalado —la necesidad de reorganizar toda su vida—, se hizo imprescindible un plan de tratamiento amplio y prolongado, puesto que son muchas las habilidades y conductas que ha de aprender y poner en marcha. De hecho, no sólo hay que atender a organizar su vida, sino que su forma de actuar ha alterado gravemente el funcionamiento de la pareja y de toda la familia, por lo que la intervención ha de modificar también estas realidades, pareja y familia, cambiando roles, modificando expectativas y comportamientos de cada uno de los miembros que las forman, superando dinámicas ineficaces y basadas en la desconfianza.

Como consecuencia lógica de lo anterior, el número de sesiones de terapia va a resultar elevado, pues las tareas a llevar a cabo son numerosas, siendo la más costosa e importante implicar a la paciente en el proceso terapéutico. Para conseguir este primer objetivo se requiere la puesta en marcha de importantes habilidades clínicas, como el establecimiento de acuerdos sobre el objetivo del tratamiento, más allá de las discrepancias iniciales entre lo que la paciente considera que es el problema y lo que el psi-

cólogo se plantea como objetivos de la intervención. Discrepancias, por otro lado, implícitas, pues es evidente que en los primeros momentos el psicólogo no puede hacerlas explícitas en un caso como éste. También supone el recurso constante a herramientas motivacionales, entre ellas un diálogo socrático permanente y un especial énfasis en ayudarla a progresar en las fases de evolución en las conductas adictivas, desde la fase de precontemplación en la que llegaba hasta la de la contemplación y, de allí, a la acción.

Por otro lado, el «apoyo social» de su entorno estaba muy debilitado como consecuencia del reiterado abuso que la paciente había hecho de sus personas más próximas. Pero su colaboración, en especial la de la familia, era imprescindible. Hubo en consecuencia que trabajar en motivar a su pareja y a sus hijos para colaborar en la intervención, labor especialmente complicada dado que la reiteración de las conductas problema les había llevado a considerar que era un caso perdido y la relación estaba muy deteriorada. De hecho con frecuencia, a lo largo del tratamiento, hubo que actuar mediando entre la paciente y los familiares.

Por todo ello éste no es un caso «redondo», sino que quizá sería mejor decir que es un caso que ha costado «sangre, sudor y lágrimas», en el que las habilidades terapéuticas que muchas veces se consideran «factores inespecíficos» no eran menos importantes que el dominio de las técnicas de intervención específicas. En el que motivar a la paciente y a su familia a llevar a cabo las tareas encomendadas era más importante si cabe que enseñarles su realización.

Algunas consideraciones finales: este caso acudió a tratamiento a la Unidad Clínica del Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, como último recurso ante la ineficacia de los tratamientos anteriores (psicológicos y farmacológicos). En parte, porque el tratamiento en dicha unidad es gratuito y... no cuesta nada probar una última alternativa antes de tirar definitivamente la toalla.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

M. es una mujer de 45 años que tiene por única dedicación las tareas de su casa desde que dejó su empleo como administrativa hace siete años. Su marido, H., de 45 años, es un directivo de alto nivel de una importante empresa constructora. De su matrimonio tienen una hija de 25 y dos hijos de 24 y 21 años. El contacto inicial es llevado a cabo por la familia de la paciente, que solicita asistencia para M. por un problema «de juego patológico» del que hasta hace unos meses estaba siendo tratada por otro psicólogo. Adicionalmente, M. lleva casi seis años en tratamiento farmacológico sin que éste se haya mostrado eficaz para controlar el problema hasta ahora. M. acude acompañada de su marido a la siguiente sesión, y se muestra dispuesta a iniciar un tratamiento para sus problemas de juego. Además de este problema, M. señala una gran desestructuración familiar a raíz de su problema y de la desatención sistemática de sus responsabilidades como ama de casa. También menciona la presencia de una amplia gama de conductas impulsivas y un estado de ánimo decaído en relación con su situación personal y familiar. Es más, sus conductas impulsivas en varios ámbitos le están acarreando también trastornos del sueño, por las dificultades para estructurar un horario, y un exceso de peso importante, por la ingesta excesiva de alimentos.

M. percibe el juego como su problema fundamental, pero destaca también un amplio abanico de problemas como consecuencia del deterioro familiar que acarrea su conducta de juego, en especial su estado de ánimo deprimido y un ambiente familiar crítico y suspicaz. Muchas otras conductas impulsivas relacionadas con gastos menores, decisiones sobre ocio, horarios o tareas de la casa, etc., no son consideradas problemáticas por la paciente, aunque repercuten en una importante desestructuración vital.

Los objetivos fundamentales de la paciente son:

- Controlar su conducta de juego
- Recuperar su autonomía, la normalidad en sus relaciones y responsabilidades familiares y la confianza de su familia.

Los objetivos de los terapeutas son:

- Fomentar la autonomía y el autocontrol de la paciente.

— Reducir la conflictividad familiar.
— Elevar y estabilizar el estado de ánimo. Prevenir cambios y alteraciones bruscas.
— Promover la responsabilidad y un estilo de vida ordenado.
— Prevenir recaídas en el juego y otras conductas impulsivas.

Curso y desarrollo del problema

El problema hace su aparición hace siete años, cuando M. deja su empleo por insatisfacción con su situación laboral, al no ser relevantes sus ingresos dado el elevado nivel económico familiar. En este momento, además de ver reducida su actividad al abandonar el trabajo, M. constata una importante reducción de sus responsabilidades familiares, dado que sus hijos, con 18, 17 y 15 años, son ya bastante independientes. Unos meses después de abandonar su empleo, M. comienza a frecuentar bingos y salas de máquinas recreativas en compañía de una amiga que, según refiere, padecía un severo problema con el juego. Esta amiga, con sus invitaciones, ejemplo y compañía, favorece el desarrollo de una conducta compulsiva de juego.

Desde su inicio la conducta de juego adquiere gran relevancia, tanto por el monto de los gastos (hasta 4.600 euros en un episodio) como por la interferencia con su vida cotidiana y familiar (por ejemplo: llegar a casa de madrugada sin avisar). Cuando M. dejó de cobrar su prestación por desempleo, inició conductas para buscar dinero o acceder a las cuentas de su marido, llegando en último extremo al empeño de joyas y bienes, que mantenía en muchos casos como «reserva» para el juego. Estos episodios de juego se daban unas tres veces por semana, y poco a poco se fueron haciendo independientes de su amiga, ya que sola «estiraba más el dinero», por su forma de jugar, más lenta y pausada que la de ésta. El problema cesó durante aproximadamente un año, tras una importante discusión con su marido, pero tras este tiempo ha reaparecido con mayor intensidad y afectando más al funcionamiento cotidiano de M.

3. PROCESO DE EVALUACIÓN

La evaluación del caso se llevó a cabo durante cinco sesiones, utilizándose los siguientes instrumentos:

— Entrevistas:

- Entrevista clínica semiestructurada, según la *Guía de entrevista clínica para adultos* (Muñoz, 1997).
- Entrevista estructurada DSM-IV de juego patológico (Fernández-Alba, 1995).
- Entrevista de contraste de información con la familia de la paciente.

— Autorregistros:

- Diario de sueño.
- Registro-horario de actividades diarias.
- Autorregistro A-B-C de discusiones familiares.

— Evaluación psicométrica:

- *Inventario de ansiedad de Beck (BAI)* (Beck, et al., 1988; traducción de Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). Puntuación de 21 puntos (la media en pacientes con ansiedad es de 25,7, y en sujetos normales, 15,8).
- *Inventario de depresión de Beck (BDI)* (Beck et al., 1961; adaptación española de Vázquez y Sanz, 1997, 1999): 18 puntos (18-29 puntos, depresión moderada).
- *Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1992): 12 puntos (punto de corte para un probable jugador patológico: 4 puntos).
- *Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego* (Echeburúa y Báez, 1991). Información topográfica sobre la conducta de juego (tipo de juegos, frecuencia, cuantía de las apuestas...).
- *Inventario de pensamientos* (Fernández-Alba, 1996): 81 puntos (rango 30-150). Presencia de sesgos cognitivos sobre ilusión de control, correlaciones ilusorias y predicción de resultados.

- *Escala de valoración de la manía administrada por clínicos (EVMAC)* (Altman et al., 1994; adaptación española de Liviano et al., 2000).
  - Escala de manía: 10 puntos (8-15 puntos, sintomatología ligera).
  - Escala de psicosis y desorganización: 1 punto (ausencia de sintomatología; rango 0-24).
  - Total: 11 puntos (rango 0-50).

4. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Centramos el análisis funcional en las conductas impulsivas antes que en la conflictividad familiar, pero no podemos dejar de señalar cómo esta forma parte de los antecedentes y consecuentes, concatenando efectivamente ambos grupos de problemas.

4.1. Determinantes

Variables de vulnerabilidad

M. considera haber sido siempre una persona «caprichosa» e «impaciente», lo que se manifiesta en la gran cantidad de conductas impulsivas (compras, viajes, consumo de grandes cantidades de tabaco, pequeños hurtos en tiendas, juego, etc.) que ha llevado a cabo a lo largo de su vida. Destaca haber crecido en un entorno acomodado y permisivo que no favoreció la interiorización de pautas disciplinarias, la tolerancia a la privación o la demora del refuerzo. Además, era un ambiente muy supersticioso, con frecuentes alusiones a la buena o mala suerte y a pequeños rituales supersticiosos que se reflejan en su conducta de juego.

El marido y la familia de M. consideran los juegos de azar una actividad normal de ocio, que llevan a cabo en algunas ocasiones. La paciente refiere varios episodios de ganancias cuantiosas (en una ocasión ganó 114.000 €) en loterías y otros juegos de azar que pudieran haber definido una actitud favorable hacia ellos.

M. manifiesta en general pobres recursos de afrontamiento. Refiere tener un patrón anímico cíclico de tipo estacional, con decaimiento en el otoño e invierno y ánimo elevado e incluso eufórico en primavera y verano, con una historia de episodios depresivos de diversa gravedad en relación con estresores de intensidad leve o moderada, y se percibe como necesitada de atención y reforzamiento ya desde pequeña.

Variables desencadenantes

Remotas

Dos acontecimientos parecen importantes en el origen del problema. Primero, el abandono de su vida laboral y la consiguiente libertad de horarios, así como la reducción de sus tareas de cuidado de casa e hijos, que supone una pérdida de actividades, estructuración del tiempo y de reforzamiento. Segundo, el contacto continuado con un modelo de juego patológico.

Inmediatas

El acceso a dinero, o a bienes convertibles en dinero, es un importante estímulo desencadenante de la conducta de juego, como lo es la compañía de personas relacionadas con el hábito de jugar y la asistencia a lugares donde existe posibilidad de jugar, ya sea bares con máquinas recreativas tipo B, bingos, casinos... Adicionalmente, las conductas problema parecen dispararse en respuesta a estados de inactividad, soledad y aburrimiento, ya sea por falta de tareas, por haber discutido con su familia o por la presencia de un estado de ánimo depresivo o un diálogo interno negativo.

4.2. Conductas problema

Motoras o manifiestas

La conducta de juego de M. se caracteriza inicialmente por la búsqueda de dinero mediante el

TABLA 6.1

Conductas de juego

Tipos de juegos:	
— Máquinas recreativas, bingo, lotería nacional, lotería primitiva, bonoloto y quiniela	
Gasto semanal: aprox. 174 €	
— Máquinas	50-100 €
— Bingo	70 €
Tiempo dedicado al juego:	
— Máquinas recreativas	3 h
— Bingo	2 h

empeño de objetos, la sustracción a su marido e incluso el intento de acceso a sus cuentas bancarias con subterfugios. El dinero obtenido se emplea en sesiones de juego, básicamente en máquinas recreativas tipo B («tragaperras») y bingos (a los que actualmente tiene prohibido el acceso en el ámbito de su comunidad autónoma por petición propia). En estas sesiones de juego, de varias horas de duración, M. juega hasta agotar sus fondos, incluyendo en muchos casos las propias ganancias de la sesión (pérdida máxima, 4.600 €). Utiliza diversos «amuletos» y «talismanes de buena suerte» y acostumbra a consumir refrescos de cola y numerosos cigarrillos mientras juega. También, aunque de un modo más normalizado (una sola apuesta), juega a la «bonoloto» con su marido casi todas las semanas.

Otras conductas impulsivas consisten en pequeños gastos y compras, reservar prendas de ropa o llevarlas dejando a deber el importe en comercios en los que es conocida; ingesta de alimentos atractivos fuera de las comidas; onicofagia frecuente e intensa; uso excesivo del teléfono (horas) y de la televisión (a veces se queda dormida viéndola), que con frecuencia demoran incluso varias horas el momento de acostarse. Se aprecia un efecto de «escalada» en el que la intensidad de las conductas impulsivas crece hasta desencadenar un episodio problemático de juego u otras conductas.

Ante situaciones conflictivas con su familia, M. parece recibir los ataques con pasividad motora, indiferencia, comentarios sarcásticos o minimizadores de lo ocurrido. Con frecuencia recurre a mentiras y otros intentos de encubrimiento para las conductas que tiene «prohibidas».

Cognitivas o encubiertas

En relación con la conducta de juego, M. manifiesta los principales sesgos cognitivos asociados al juego patológico: pensamiento supersticioso, ilusión de control sobre el azar, creencia en su capacidad de predecir los resultados, sesgos sobre el funcionamiento del azar o sentimiento de «estar en racha». Autojustifica sus conductas para conseguir dinero, pues éste es para «recuperar pérdidas», y tiene una percepción de ausencia de control sobre la conducta de juego y sus otras conductas impulsivas *(sensación de «no poder parar»).*

Tras cada episodio de «conductas prohibidas», M. se anticipa a la discusión y el conflicto con su familia con pensamientos rumiativos de tipo culpabilizador («me lo merezco»), de inutilidad, de vergüenza, de ausencia de control sobre su vida y otros pensamientos negativos. Transcurrido el episodio, M. mantiene un diálogo interno en el que se jura que no va a jugar en períodos de tiempo, confiando en su fuerza de voluntad y realizando una valoración negativa de la actitud de su familia («no confían en mí»).

Fisiológicas

Las conductas impulsivas de M. están marcadas por un claro incremento de la activación, que se manifiesta en una sensación de excitación y bienestar y un ánimo expansivo y, a veces, irritable. Sin embargo, ante las situaciones de discusión con su familia, M. pasa a un estado negativo, con un marcado descenso de la activación fisiológica, percepción de malestar y cansancio, falta de energía o de interés, con llanto frecuente.

TABLA 6.2

Pensamientos sobre el juego

Predicciones	Frecuencia
«Cuando una máquina lleva muchas jugadas sin dar premios, pienso que está *caliente,* que pronto va a tocar algo»	A veces
«Cuando una combinación de frutas lleva mucho tiempo sin aparecer, pienso que está a punto de salir»	A veces
«A veces voy con la sensación de que voy a ganar»	Casi siempre
«No dejo jugar a otros en *mi máquina* hasta que no haya acabado»	Nunca
Atribución flexible	
«Si gano, tiendo a pensar que *mi sistema* de juego ha funcionado o que lo he hecho bien»	A veces
«Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte»	A veces
Ilusión de control	
«Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto»	Nunca
«Tengo un sistema para ganar en el juego»	A veces
«Pienso que si juego el tiempo suficiente, recuperaré mis pérdidas»	Siempre
«Pienso que soy más lista que los demás y que a la larga ganaré»	Nunca
«Pienso que soy buena en este juego y que, por tanto, llegaré a controlarlo»	Nunca
Confianza en la suerte	
«Creo que ganar es más una cuestión de suerte que de probabilidad»	A veces
«Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números»	A veces
«Pienso que es el azar el que determina los resultados del juego»	Siempre

TABLA 6.3

Resumen de conductas problema

— Bajo estado de ánimo.
— Problemas familiares y de pareja.
— Problemas de autocontrol y autonomía.
— Anhedonia, apatía.
— Mentiras y conductas de encubrimiento.
— Evitación de responsabilidades.
— Conducta de juego patológico.
— Otras conductas impulsivas.

4.3. Consecuentes

Consecuentes a corto plazo

Las conductas impulsivas de M. resultan muy reforzantes para ella a corto plazo. En el caso del juego: excitación, ganancias ocasionales, estimulación con luces y sonidos, etc.; excitación por el consumo de tabaco y cafeína simultáneo al juego; satisfacción y saciación en el caso de la ingesta excesiva de alimentos atractivos (chocolate, etc.);

obtención de pequeños objetos o bienes («caprichos») en el caso de las compras. Además, estas conductas facilitan un importante reforzamiento negativo, al ayudar a eliminar un estado disfórico de apatía, malestar, aburrimiento ante la inactividad o la rutina de las tareas diarias. Incluso funcionan como una forma de desahogo de su estado de ánimo al utilizar las conductas prohibidas como un medio de hacer llegar su malestar a sus familiares. Así pues, tanto sus conductas impulsivas como sus distorsiones cognitivas obtienen un importante reforzamiento. Más aún, son utilizadas como medio de «control» sobre su entorno familiar, que la exime de facto de toda responsabilidad sobre la casa.

Consecuentes a medio-largo plazo

A medio y largo plazos, las consecuencias de sus conductas problema son muy negativas: desde pérdidas económicas e imposibilidad de recuperar objetos empeñados hasta las discusiones, reprimendas e intentos de control aversivo por parte de su familia; esto supone un grave deterioro de la dinámica familiar e incluso una seria amenaza de ruptura a largo plazo. Adicionalmente, M. vive esta situación con culpabilidad, percepción de falta de autonomía y control sobre su vida, lo que en buena parte está respaldado por las medidas a tal efecto que toma su familia, impidiéndole el acceso al dinero, limitando sus responsabilidades y capacidad decisoria.

A largo plazo, el desarreglo de horarios, comidas y otros hábitos básicos ha repercutido negativamente en su ciclo de sueño, con un progresivo retraso de la hora de acostarse y de levantarse, y ha influido en la ganancia de peso, deteriorando gravemente la autoimagen de M., su motivación o su capacidad para asumir responsabilidades cotidianas, organizarse, etc. Más aún, el estado disfórico e inactivo en el que queda sumida M. es uno de los principales estímulos desencadenantes de las diversas conductas problema, lo que cierra un círculo de difícil solución para la paciente.

5. OTROS ASPECTOS DE INTERÉS

5.1. Variables de protección y recursos de afrontamiento

M. ha puesto en práctica pocas medidas que se hayan mostrado eficaces para solucionar su problema. Recientemente, y a petición de su hijo menor, ha firmado una solicitud para que se le impida la entrada a bingos en su comunidad autónoma, con lo que ha abandonado dicha modalidad de juego. Por lo demás, M. tiende a confiar en su fuerza de voluntad, en forma de juramentos de no jugar (lo que sólo parece resultar efectivo si coincide con etapas de actividad y ánimo estable, pero que a pesar de esto, son percibidos por la paciente como un medio eficaz de autocontrolarse) y en evitar el manejo de cantidades importantes de dinero, para lo cual rechaza que se le confíe dinero y lo gasta rápidamente en caso de tener que hacer alguna compra, lo que no supone ni mucho menos un incremento de su autonomía o una solución a sus conductas impulsivas.

Tampoco muestra mucho control sobre su situación emocional; sus respuestas depresivas pasadas evidencian unos recursos de afrontamiento deficientes ante la adversidad. Además, carece de recursos para programar su actividad y ceñirse a los planes y programaciones que realiza, en su mayoría programaciones poco realistas.

El nivel de funcionamiento premórbido de M. era bueno, y recientemente ha conseguido por sí misma dejar de jugar durante períodos dilatados de tiempo en los que se encontraba más activa o animada, recuperando una pequeña parte de sus responsabilidades. M. percibe que esta abstinencia se ha debido a su fuerza de voluntad, pero generalmente realiza atribuciones que apuntan hacia un locus de control externo en su conducta.

5.2. Autocontrol

Es el principal problema, pues M. carece de estrategias adecuadas al respecto. Las únicas estrategias de autocontrol utilizadas han sido «jurarse» no

TABLA 6.4

Análisis funcional de las conductas impulsivas

Antecedentes	Conductas	Consecuentes
Variables de vulnerabilidad — Vulnerabilidad biológica; hipotiroidismo. — Percepción normalizada del juego. — Estilo educativo permisivo. — Modelos de conducta supersticiosa. — Episodios depresivos previos. — Necesidad de atención y reforzamiento. — Ausencia de recursos cognitivos y manifiestos de afrontamiento. **Variables desencadenantes** *Remotas* — Abandono del puesto de trabajo. — Pérdida de actividades y reforzadores. — Progresiva autonomía de los hijos. — Incitación al juego por parte de amistades. — Ganancias importantes. *Inmediatas* — *Externas:* • Acceso a dinero/objetos caros. • Invitaciones. — *Internas:* • Soledad, inactividad, aburrimiento. • Bajo estado de activación. • Sentimientos de culpa y ánimo depresivo. **Estímulos delta:** presencia y compañía de familiares.	**Nivel motor** — Juego en máquinas tragaperras y bingos (actualmente prohibido). — Uso de amuletos y talismanes. — Consumo de tabaco (dos cajetillas/día). — Gasto compulsivo de dinero. — Retraso de la hora de acostarse. — Ver televisión. — Ingesta compulsiva de alimentos. — Hablar por teléfono. — Mentiras y conductas de encubrimiento. — Búsqueda de dinero y bienes que empeñar. — Realizar compras dejando a deber el importe. — Locuacidad, habla acelerada y circunstancial. **Nivel cognitivo** — Pensamiento supersticioso: ilusión de control, anticipación de la suerte, justificación del dinero tomado, «recuperar pérdidas», «estar en racha». — Sensación de «no poder parar», percepción de ausencia de control sobre la conducta. — Jurarse que no va a jugar en períodos de tiempo. **Nivel fisiológico** — Incremento de la activación. — Excitación, bienestar. — Ánimo expansivo/irritable.	**A corto plazo** — Satisfacción y bienestar (R+). — Ganancias económicas ocasionales, adquisición de bienes (R+). — Incremento de la activación (R+) y eliminación del aburrimiento (R–). — Desahogo de la emocionalidad negativa y eliminación de los pensamientos negativos (R–). — Evitación de responsabilidades domésticas (R–). — Atención y supervisión de familiares (R+). **A medio-largo plazo** — Cansancio y retraso de la hora de despertar (C+). — Desatención de las responsabilidades domésticas y el arreglo personal (C+). — Discusiones con hijos y pareja; deterioro de la relación familiar y amenazas de divorcio (C+). — Control externo y retirada del dinero; percepción de falta de autonomía (C+). — Adquisición de deudas y acoso de acreedores (C+). — Sentimientos de culpa, percepción de falta de control sobre su vida, ánimo depresivo *(véase AF 2)* (C+). — Ganancia de peso y malestar con su autoimagen (C+).

jugar y someterse a los intentos de control de su familia, aunque ocasionalmente M. escapa de esta supervisión, que le resulta aversiva, bien con el propósito de jugar, bien para realizar alguna actividad sin reflexionar sobre la valoración que de ello harán sus seres queridos.

5.3. Aspectos motivacionales

La motivación de M. para el tratamiento es nominalmente elevada, si bien su falta de disciplina, la desatención sistemática de sus responsabilidades y el antecedente de abandono en una terapia psicológica anterior indican que su cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y la adherencia al tratamiento serán probablemente parciales e incompletos, y llevan a concluir que probablemente la presión familiar la impulsa a un compromiso que por sí misma no tendría. Parece que, de acuerdo con la propuesta de Prochaska, Norcross y Di Clemente (1994), se encontraría en la fase de precontemplación, caracterizada porque la paciente:

— No tiene conciencia de problema.
— Tiene una percepción inadecuada de control.
— Acude por presión familiar:

- Control económico.
- Exigencia de acudir a terapia.
- Solicitar «prohibición» de acceso a bingos a petición familiar.
- «Abstinencia de juego» (no acceso a dinero).

Sus numerosas molestias físicas (alergias, problemas estomacales) pueden interferir en el tratamiento ocasionando la pérdida de sesiones de terapia, puesto que estos problemas le generan, por lo que ella refiere, gran interferencia y abundantes visitas médicas. Resulta también relevante que M. mantenga expectativas de cambio excesivas, esperando una mejoría rápida basada en su «fuerza de voluntad» a la que debería seguir una respuesta igualmente rápida por parte de su familia restituyéndole la autonomía para manejar dinero, etc., extremo con el que su marido no se muestra de acuerdo.

5.4. Apoyo social

M. cuenta con un apoyo irregular por parte de sus familiares, ya que su problema ha minado de manera importante su relación con ellos. Su marido atribuye sus episodios de juego a mala fe, y parece implicarse poco o nada en su problema, salvo para impedirle el acceso a dinero o cuentas bancarias y exigirle que se someta a terapia. La hija mayor se encuentra más implicada, pero muestra un talante coercitivo y una relación marcada por las conductas de control de su madre, siendo el hijo menor el que se muestra más dialogante y más implicado en el problema materno. Aparte de su familia, cuenta con un grupo social más o menos extenso, pero éste tiene escaso conocimiento de su problema debido a la vergüenza que M. siente al respecto. Ya no tiene contacto con la persona que la «inició» en el juego.

5.5. Situación vital y estilo de vida

La desorganización vital de M. es importante. Además de sus conductas impulsivas, ha desatendido sus responsabilidades familiares —que recaen ahora en el resto de miembros de la familia—, sus hábitos de vida regulares y su arreglo personal. Su estado de salud se ha resentido, puesto que ha ganado peso de forma preocupante (unos 30 kilos) debido a su hipotiroidismo y a la medicación para las alergias (cortisona), pero también a sus hábitos alimenticios y su vida sedentaria. La paciente no se encuentra comprometida con ninguna actividad, aunque actualmente pasa por una «etapa buena», por lo que están surgiendo proyectos y tareas con las que parece dispuesta a comprometerse. Ocasionalmente experimenta problemas de sueño, fundamentalmente retraso a la hora de acostarse y, subsiguientemente, de levantarse al día siguiente.

5.6. Diagnostico según DSM-IV-TR

TABLA 6.5

Diagnóstico multiaxial con criterios DMS-IV-TR

Diagnóstico DSM-IV-TR
— **Eje I:** F63.9 Trastorno del control de impulsos no especificado. — **Eje II:** Z03.2 Sin diagnóstico en el eje II. — **Eje III:** Asma, hipotiroidismo, alergias. — **Eje IV:** • Problemas relativos al grupo primario de apoyo: perturbación familiar debida al problema de juego, amenazas de divorcio. • Problemas económicos: deudas contraídas a raíz del juego. • Problemas relativos al ámbito social: falta de autonomía, apremio de acreedores, ocultación del problema a amigos y familiares. — **Eje V: EEAG = 35.** (Alteración muy importante del funcionamiento en diversas áreas.)

6. FORMULACIÓN CLÍNICA

6.1. Hipótesis de origen

Las conductas compulsivas de M., presentes a lo largo de toda su vida, experimentan un incremento importante a raíz del aumento del tiempo libre debido al abandono de su trabajo, la reducción de tareas y demandas familiares y el descenso de actividades y refuerzos, junto con la bajada en sus niveles de activación. Por otro lado tiene escasas habilidades para organizar su tiempo libre, siendo limitado el repertorio de actividades de ocio «saludables». Esta situación lleva a incrementar los niveles de aburrimiento y bajo estado de ánimo (tiene antecedentes de episodios depresivos recidivivantes).

M. reacciona poniendo en marcha conductas para incrementar la activación, algunas ya existentes (compras, consumo de tabaco, ingesta excesiva de alimentos) y otras nuevas (juego). De todas estas, la conducta de juego se convierte en la estrategia principal de entretenimiento y aumento de activación (novedad, premios iniciales importantes, incremento de la activación, presencia de un modelo cercano que la incita a jugar y la refuerza por ello...). Estas conductas impulsivas son muy reforzantes para M., pues reducen su aburrimiento y estado de ánimo disfórico, si bien tienen efectos negativos, como alteración del patrón de sueño, cansancio cotidiano, interferencia con su rutina diaria y desatención de tareas familiares (asumidas por sus hijos).

La conducta de juego reiterada sin estrategias de autocontrol se traduce en pérdidas cada vez mayores, que agotan sus recursos económicos (prestación de desempleo, etc.), la lleva a buscar otros recursos (empeño de joyas, sustracción de objetos, retirada de dinero de cuentas familiares, deudas...) y determina que aparezca la necesidad de «cazar pérdidas» (jugar con la expectativa de ganar el dinero perdido o recuperar los objetos empeñados). La desatención de las tareas familiares, junto con los cuantiosos gastos, genera cada vez más conflictos con la familia. Tras cada episodio de conflicto familiar (discusión verbal, imposición de controles o trabas), aparecen los sentimientos de culpabilidad, un diálogo interno negativo sobre sí misma y las relaciones familiares, un estado de ánimo depresivo y apatía, que se traducen en inhibición motora y una mayor desatención de las responsabilidades domésticas.

6.2. Hipótesis de mantenimiento

Su patrón de emisión reiterada de conductas impulsivas, entre ellas el juego, se mantiene dado que M. las utiliza para incrementar su estado de activación y reducir el aburrimiento. La conducta de juego también, por ser considerada la forma más rápida y eficaz para recuperar sus pérdidas («caza de pérdidas»). Sin embargo, sus consecuencias a medio-largo plazo (culpabilidad, cansancio, discusiones familiares, medidas restrictivas, apatía...) facilitan un descenso de los niveles de activación e incrementos del malestar emocional, que provocan de nuevo en M. la realización de las conductas impulsivas señaladas. Estos comportamientos de M. reflejan, más que un círculo, una espiral, pues las conductas im-

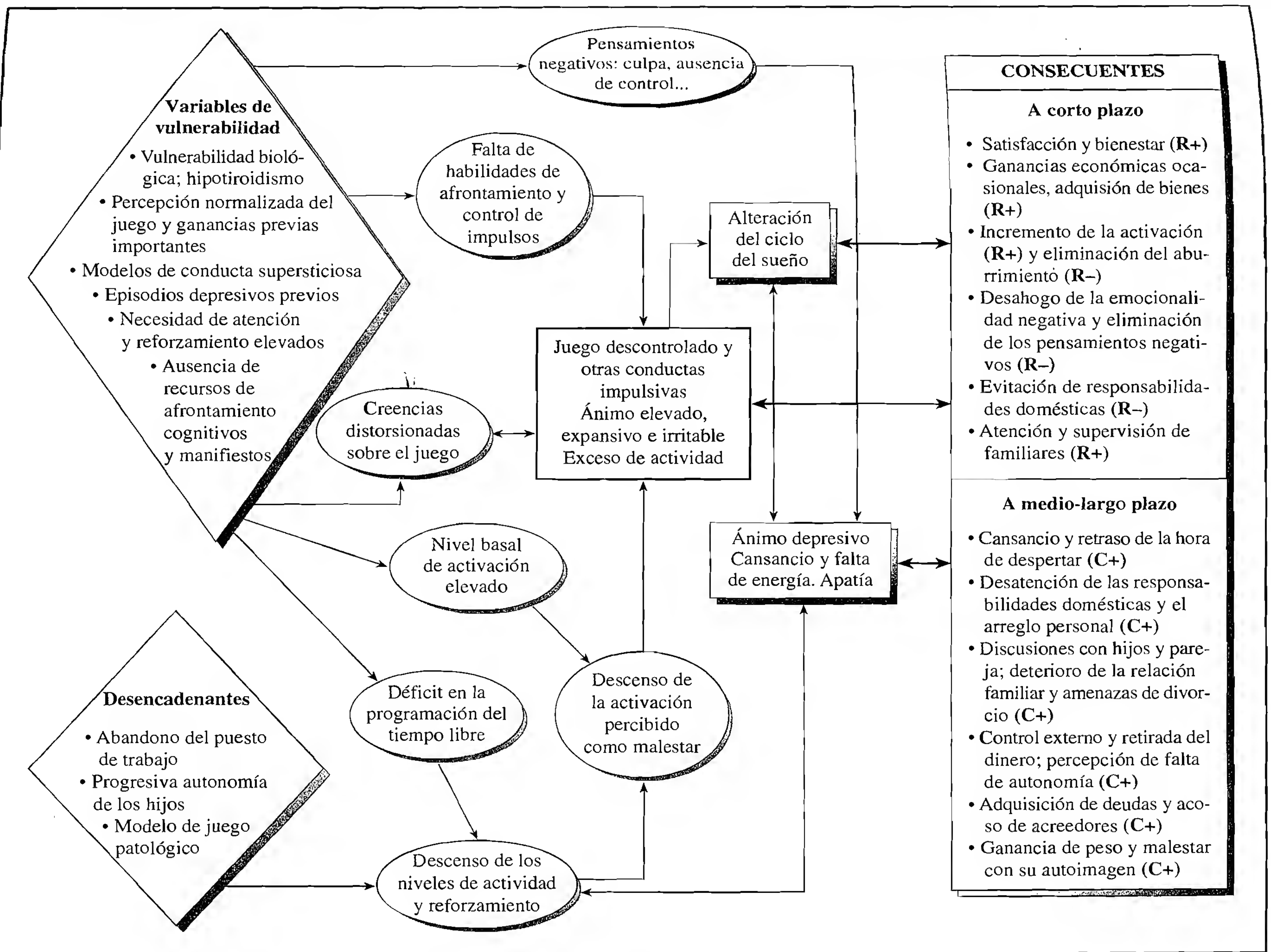


Figura 6.1.—Formulación clínica del caso.

pulsivas, que inicialmente eran sencillas (ver la televisión, comer...), para cumplir los objetivos de distracción y activación cada vez han de ser más excitantes, de forma que desembocan finalmente en un episodio de juego o compras.

El momento anímico general modera la situación, haciendo que durante los períodos de mayor estabilidad anímica o menor conflictividad familiar los episodios de juego u otras conductas impulsivas sean más controlables, puesto que M. se halla más activa y animada, obteniendo reforzamiento por otras vías (actividades adaptadas, interacción familiar positiva, etc.), y lo contrario durante los períodos de malestar anímico o de baja actividad. Estos episodios pueden aparecer, dadas las escasas habilidades de afrontamiento de M., ante eventos vitales estresantes de intensidad moderada o incluso baja, en especial los relacionados con la dinámica familiar, o la imposición de límites a sus conductas (prohibiciones, control de dinero...). De esta manera, la propia interacción familiar puede convertirse en una variable de riesgo capaz de desencadenar la recaída.

7. PLAN DE TRATAMIENTO

Podemos señalar, como directrices fundamentales, las siguientes:

- Importancia de un trabajo psicoeducativo que permita a M. analizar el momento presente de acuerdo con las hipótesis señaladas y no en función de deseos o expectativas poco realistas.
- Incorporar a los familiares como coterapeutas en el entorno natural de M. y también como receptores de una intervención dirigida a desculpabilizarles (a ellos y a M.), pero que dote progresivamente a la paciente de responsabilidad, en un marco de negociación.
- Reestablecer cuanto antes en M. un patrón de vida normalizado, reforzante y saludable.
- Adquisición por parte de M. de habilidades adecuadas de afrontamiento, especialmente relacionadas con la demora del refuerzo y la toma de decisiones.

El abordaje específico del problema de juego, pese a que constituía el motivo inicial de consulta, fue postergado a una fase posterior del tratamiento, teniendo en cuenta el momento de abstinencia presente, por un lado, el alto grado de control familiar actual, por otro, las bajas expectativas de éxito sobre el mismo sin tratar antes otras variables más estructurales de la paciente y el estado de precontemplación con respecto al problema de juego.

Las herramientas fundamentales para alcanzar estos objetivos fueron:

- Técnicas para conseguir un firme compromiso *(enganche)* terapéutico y un estado motivacional óptimo. Implican desde un abordaje psicoeducativo desculpabilizador, que haga énfasis en las posibilidades de control, autonomía y responsabilidad, hasta un control estricto (reducción) de las interacciones familiares aversivas, pasando por un trato terapéutico altamente reforzante ante logros y avances, por pequeños que sean. Esto ha de conciliarse con una actitud firme, resistente en todo momento a demandas excesivas o que se salieran del marco pactado con la paciente y su familia, y un uso constante de la información convergente aportada por la familia.
- Establecimiento de contratos conductuales de corta duración (pocas semanas) entre la paciente y su familia, en los que se detallaban de modo pormenorizado las tareas a asumir por M. (conductas de autocuidado, tareas de la casa, etc.) y los reforzadores a percibir (esencialmente relacionados con la recuperación de una progresiva autonomía). Los contratos se mantendrían a lo largo del tratamiento como herramienta básica para reintroducir paulatinamente responsabilidades, regular la interacción familiar y moderar los objetivos de M. generando expectativas realistas y asumibles y logros a corto plazo.
- Planificación de actividades como estrategia básica para reorganizar las responsabilidades de M. y también para programar actividades reforzantes que mejoraran el estado de ánimo. Especial atención ha de dedicarse al descon-

TABLA 6.6

Objetivos y técnicas de tratamiento

Objetivos	Técnicas de tratamiento
— Incrementar la comprensión y conciencia del problema. — Motivar para el tratamiento.	— Explicación del modelo funcional. — Psicoeducación sobre el problema. — Exposición y negociación de la propuesta de tratamiento.
— Normalización del patrón de vida. — Fomento de la autonomía. — Estimulación de la adherencia a la planificación.	— Establecimiento de objetivos personales. — Técnicas de planificación del tiempo. — Contrato conductual familiar: *quid pro quo*.
— Adquisición de habilidades de autocontrol.	— Entrenamiento en detección de situaciones de riesgo y control estimular. — Entrenamiento en autoinstrucciones. — Respiración diafragmática. — Parada de pensamiento y distracción.
— Mejoría del estado de ánimo.	— Planificación de actividades agradables alternativas. — Listado de aspectos positivos. — Elaboración de un plan personalizado de ejercicio físico.
— Estabilización del patrón de sueño diario.	— Higiene de sueño y control estimular.
— Desarrollo de habilidades de afrontamiento adecuadas.	— Resolución de problemas. — Entrenamiento en comunicación asertiva.
— Incremento de la autoeficacia en situaciones de riesgo.	— Exposición con prevención de respuesta a la situación de juego.
— Eliminación de pensamientos disfuncionales sobre el juego. — Eliminación de pensamientos negativos (culpa, falta de control...).	— Pruebas de realidad. — Reestructuración cognitiva.
— Prevención de recaídas.	— Repaso de lo aprendido. — Diferenciación entre caída y recaída. — Identificar situaciones de riesgo y desarrollar estrategias de afrontamiento.

trol del sueño (las horas de acostarse y levantarse, siestas excesivas, etc.), así como a la actividad física y al estilo de vida sedentario.

— Adquisición de habilidades de afrontamiento, especialmente en los planos conductual y cognitivo, como medio para mantener la abstinencia, minimizar las conductas de impulsividad y los conflictos subsiguientes y asegurar la capacidad de la paciente para gestionar el estrés y mantener los logros de la intervención.

Los componentes de la intervención se plantearon como variables que debían mantenerse de principio a fin del tratamiento y que debían estar interrelacionadas para tener éxito. Así, la planificación de actividades se apoyaba en los contratos pautados, que servían

además para regular la relación familiar y modelar nuevos modos de interacción que permitieran el control pero facilitaran las expectativas de cambio de M. y mantuvieran su motivación hacia la intervención. Se incluye a continuación el listado pormenorizado de objetivos de tratamiento y técnicas aplicadas (véase la tabla 6.6).

Los cuestionarios BAI, BDI y el Inventario de pensamientos fueron seleccionados para monitorizar los resultados de la intervención, así como el registro de cualquier episodio de juego que pudiera darse. Los otros criterios de mejoría seleccionados fueron el cumplimiento de sus responsabilidades, señalado por los registros pertinentes, así como la satisfacción de la paciente y su familia con los resultados de la intervención.

8. CURSO DEL TRATAMIENTO Y RESULTADOS

El tratamiento se extendió a lo largo de 42 sesiones de una hora de duración, previstas inicialmente con una periodicidad semanal, período que, con cierta frecuencia y debido a circunstancias externas a la terapia, llegó a prolongarse hasta tres semanas o dos meses enteros en el período vacacional. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento y la intervención propiamente dicha, de acuerdo con el esquema indicado en la tabla 6.7.

8.1. Resumen de las sesiones

TABLA 6.7

Resumen del desarrollo del tratamiento

Sesiones y objetivo	Técnicas de tratamiento aplicadas
Sesiones 1 a 4 **Fase de evaluación**	— Entrevista con la paciente. — Entrevista con la familia. — Cuestionarios: • BDI. • BAI. • SOGS. • Cuestionario de variables dependientes del juego. • Cuestionario de pensamientos. • EVMAC. — Registros: • Diario de sueño. • ABC discusiones familiares. • Horario de actividades.
Sesiones 5 a 7 **Intervención: motivación y selección de objetivos**	— Devolución de información y propuesta de tratamiento. — Psicoeducación juego y control de impulsos. — Intervención motivacional. — Implicación de coterapeutas. — Establecimiento de objetivos personales y vitales.
Sesiones 8 a 10 **Intervención: planificación de actividades**	— Planificación de actividades. — Establecimiento de pautas de vida. • Higiene de sueño. • Control alimentación. • Pauta de actividad. • Estructurar ocio. — Contrato conductual.

TABLA 6.7 *(continuación)*

Sesiones y objetivo	Técnicas de tratamiento aplicadas
Sesiones 11 a 12 **Intervención: control de la activación**	— Psicoeducación ansiedad. — Control de la activación: • Entrenamiento en respiración diafragmática. • Focalización en imágenes relajantes.
	Continúan: establecimiento de contratos conductuales sobre pautas de vida.
Sesiones 13 y 14 **Intervención: incremento de la autonomía**	— Fomento de la autonomía: • Incorporación de la agenda. • Control de reforzadores económicos.
	Continúan: control de la activación y establecimiento de contratos conductuales sobre pautas de vida.
Sesiones 15 y 16 **Mediación en conflictos**	— Manejo de dificultades específicas en el tratamiento: la gestión del dinero que lleva a cabo la familia, basada en el secretismo, el uso de escondites, etc., supone una fuente de descontrol que produce la sospecha (infundada, como se ve a posteriori) de que M. se haya apropiado de una cierta cantidad de dinero. Se lleva a cabo una mediación y se establecen pautas y controles para prevenir problemas futuros. — Entrenamiento en parada de pensamiento más distracción.
	Continúan: control de la activación y establecimiento de contratos conductuales sobre pautas de vida.
Sesiones 17-21 **Intervención: consolidación de las pautas**	— Entrenamiento en parada de pensamiento más distracción. — Plan de justificación de gastos. — Incremento de la iniciativa. — Toma de decisiones en el ámbito familiar. — Entrenamiento en discriminación de niveles de ansiedad e identificación de sensaciones. — Fomento del ejercicio físico.
	Continúan: control de la activación y establecimiento de contratos conductuales sobre pautas de vida.
Sesiones 22 a 27 **Intervención: pensamientos disfuncionales**	— Psicoeducación sobre pensamientos disfuncionales. — Entrenamiento en el modelo ABC y registro de pensamientos. — Entrenamiento en identificación de emociones.
	Continúan: control de la activación y establecimiento de contratos conductuales sobre pautas de vida.
Sesiones 28 a 29 **Intervención: vacaciones de la paciente**	— Preparación del período estival (planea estar dos meses sin contacto terapéutico). — Refuerzo de pautas, adaptación a la situación de ocio familiar.

TABLA 6.7 *(continuación)*

Sesiones y objetivo	Técnicas de tratamiento aplicadas
Sesiones 30-34 **Intervención: pensamientos disfuncionales**	— Entrenamiento en el modelo ABC y registro de pensamientos. — Entrenamiento en manejo de conflictos (discusiones familiares, etc.). — Fomento del ahorro y la planificación a largo plazo. *Continúan: control de la activación y establecimiento de contratos conductuales sobre pautas de vida, plan de ejercicio físico, manejo de pensamientos.*
Sesiones 34 a 42 **Intervención: autoeficacia ante el juego**	— Intervención motivacional: balance del período sin juego. — Psicoeducación sobre la exposición. — Elaboración de la jerarquía de exposición. — Exposición graduada, en vivo, con prevención de respuesta, a situaciones de juego. — Manejo de pensamientos sobre el juego. — Evaluación postratamiento. *Continúan: control de la activación y establecimiento de contratos conductuales sobre pautas de vida, plan de ejercicio físico, manejo de pensamientos.*

8.2. Consideraciones al curso del tratamiento

La intervención con M. estuvo jalonada de dificultades relativas a sus frecuentes quejas médicas, que motivaban consultas con otros especialistas y una resistencia a acudir a sesión amparándose en dichas quejas. Se manejó esta situación con partes iguales de flexibilidad y firmeza, atendiendo a la objetividad y veracidad de diversas fuentes de malestar y visitas médicas, por un lado, y al estilo de funcionamiento de la paciente, por otro. Esto supuso una ralentización de la intervención, en la medida en que se perdían algunas sesiones de terapia, pero la responsabilidad y la autonomía al acudir a sesión fueron introducidas en el listado de objetivos terapéuticos y tratadas como tales.

Otro obstáculo importante estuvo relacionado con la suspicacia y las conductas de control ejercidas por la familia de M. Estas conductas resultaban en muchos casos excesivas, tomándose medidas expeditivas ante sospechas que en ocasiones no respondían a la realidad del comportamiento de M., generándole gran indefensión. Las respuestas y las amenazas que M. recibía (por ejemplo, de divorcio) no tenían a veces relación directa con las transgresiones a las que se dirigían, saliéndose a menudo del marco de los contratos conductuales firmados o utilizando éstos de forma muy punitiva, lo que obligó a tener especial cuidado en la redacción de los mismos y en la planificación de sesiones frecuentes con la familia, de carácter psicoeducativo unas, y de mediación en conflictos, otras. Fue pertinente pautar con la familia la eliminación de diversos controles (esconder el dinero por la casa, «interrogar sumariamente», etc.), así como concienciar de la necesidad de establecer refuerzos materiales y sociales como contrapartida a los esfuerzos de M., frente a la creencia de que ella debía, simplemente, «cumplir con su obligación».

En el apartado técnico, la utilización de la técnica de control de la respiración fue problemática por la dificultad de la paciente para identificar sensaciones adecuadas y la baja adhesión a la técnica, por lo que ese entrenamiento, habitualmente más breve, se distribuyó a lo largo de todo el tratamiento, incorporándose un entrenamiento más detallado sobre la identificación de sensaciones y el abandono activo e incorporándose como un criterio específico en los contratos la práctica de las pautas de la respiración.

Es de destacar la situación de abstinencia del juego en la que llega la paciente, y cómo ésta se man-

tuvo durante todo el tratamiento, especialmente en la fase inicial de la intervención, mediante el control estimular y la firma de un contrato conductual al respecto; de este modo, los esfuerzos de la intervención pudieron centrarse de manera más clara en la normalización de la programación de vida de la paciente. Esto posibilitó que la situación familiar y personal de M. fuera mucho más estable y sólida a la hora de iniciar los ensayos de exposición graduada al juego, que fueron transcurriendo sin apenas incidentes.

En lo relativo a otras conductas problema, el estilo de vida sedentario y el sueño fueron especialmente difíciles de regular por la persistencia en siestas y la sensación habitual y elevada de cansancio de la paciente debido a falta de ejercicio, hábitos inadecuados, exceso de peso, etc.

8.3. Resultados

A lo largo de la intervención se movilizan, como hemos visto, diversos procesos de cambio que desembocan en el siguiente conjunto de resultados.

a) En relación a la principal demanda de la paciente, comprobamos que la abstinencia se ha prolongado sin interrupciones o «caídas» durante 22 meses, a lo largo de los cuales la paciente ha evolucionado desde actitudes precontempletivas, de minimización del problema y falsa percepción de control, hasta un claro compromiso activo con la eliminación de la conducta de juego, propio de la fase de acción.

b) En las relaciones familiares, que se constituían como otra área principal de conflicto para M., también se aprecia una mejoría. De modo más específico, comprobamos que la relación de pareja se ha estabilizado, con la desaparición de amenazas de ruptura matrimonial, la recuperación del intercambio de refuerzos entre cónyuges y el contacto con los hijos y un notable incremento de la confianza que la familia deposita en M.: han desaparecido en buena medida las actitudes de sospechar e interrogar, y, en el caso de que algún miembro de la familia las manifieste, los otros apoyan a la paciente y le otorgan el beneficio de la duda. Igualmente, han desaparecido las actitudes conformistas y despreciativas de la paciente hacia su familia en momentos de discusión, adoptando en su lugar una actitud mucho más constructiva, centrada en el análisis de los errores, la reparación de éstos y la identificación de la pauta de conducta que habría sido más adecuada a la situación.

c) De cara a la recuperación de una «normalidad» en su desempeño cotidiano, constatamos que existe una gran mejora de los recursos personales (planificación, autonomía, responsabilidad...). M. ha logrado ir asumiendo progresivamente la responsabilidad sobre diversas áreas de la casa y la familia, como las compras, la gestión de comidas, el cuidado de la casa, etc., siendo capaz de establecer metas a largo plazo, priorizar objetivos, descomponer las tareas en pasos discretos y actuar con iniciativa de cara a su consecución. Esto ha pasado por una normalización en el manejo del dinero y la justificación de los gastos realizados, junto con un

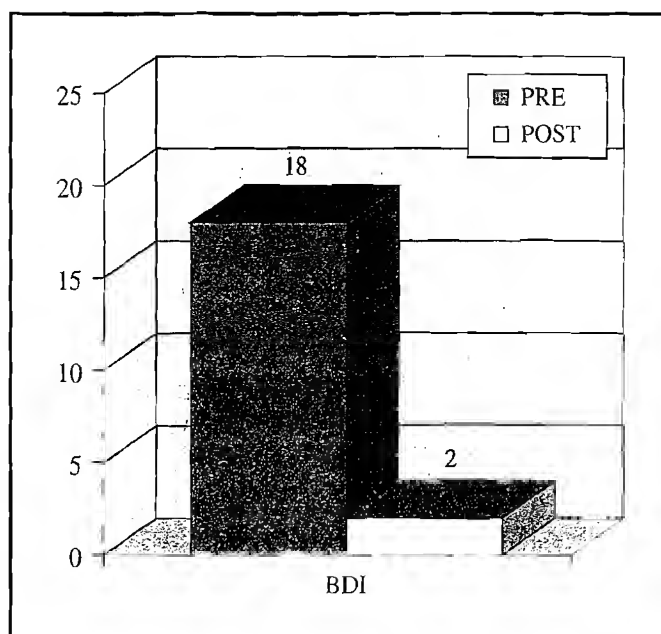


Figura 6.2.—Evolución de la puntuación en el BDI.

aumento progresivo de las cantidades que M. recibía de su marido para compras y gestión de sus gastos.

d) A partir de los niveles iniciales de sintomatología depresiva, se aprecia una clara mejoría de los niveles de estado de ánimo, marcada tanto por los autoinformes de M. como por la información convergente de sus familiares. La recuperación del rol de madre y ama de casa, el éxito en la gestión de las tareas que lleva aparejadas y el reconocimiento por parte de su familia han sido altamente reforzantes para M. Como dato más relevante puede señalarse su cambio en las puntuaciones del BDI, en las que se aprecia un descenso de la puntuación obtenida por la paciente durante la evaluación (18 puntos, indicativo de sintomatología depresiva moderada) hasta niveles indicativos de ausencia de sintomatología depresiva (2 puntos).

e) Observamos asimismo una mejoría similar en los niveles de ansiedad, marcada tanto por los autoinformes de M. como por la información convergente de sus familiares. La adquisición de técnicas de afrontamiento de la ansiedad, como la respiración diafragmática, apoyada por visualización de imágenes agradables, o la parada de pensamiento, el desarrollo de habilidades para gestionar eficazmente las dificultades y conflictos y la estructuración de la actividad diaria de una manera reglada que evite picos altos y bajos de actividad se reflejan en el cambio de las puntuaciones del BAI, en las que la paciente ha pasado a situarse claramente por debajo de la media de la población normal (media 15,8 frente a 25,7 de la población clínica).

f) En lo tocante al resto de conductas impulsivas no tratadas en otros apartados, podemos indicar que la ingesta excesiva se ha mitigado notablemente, ciñéndose M. a la dieta prescrita por su médico endocrino e iniciándose una reducción del peso excesivo que presentaba. Las salidas y actividades que M. iniciaba de modo impulsivo son mucho menos frecuentes ahora y se desarrollan sin interferir en el resto de actividades y objetivos (especialmente en los horarios de sueño) y con el conocimiento de sus familiares. La conducta de onicofagia, no obstante, perma-

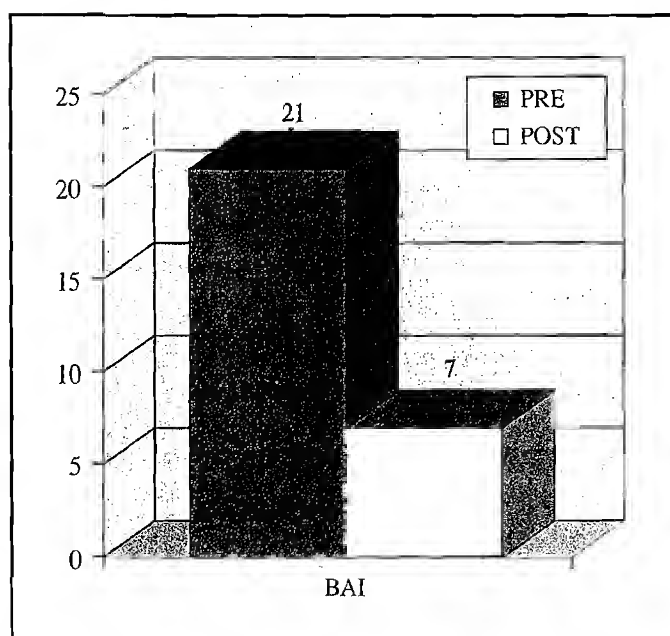


Figura 6.3.—Evolución de la puntuación en el BAI.

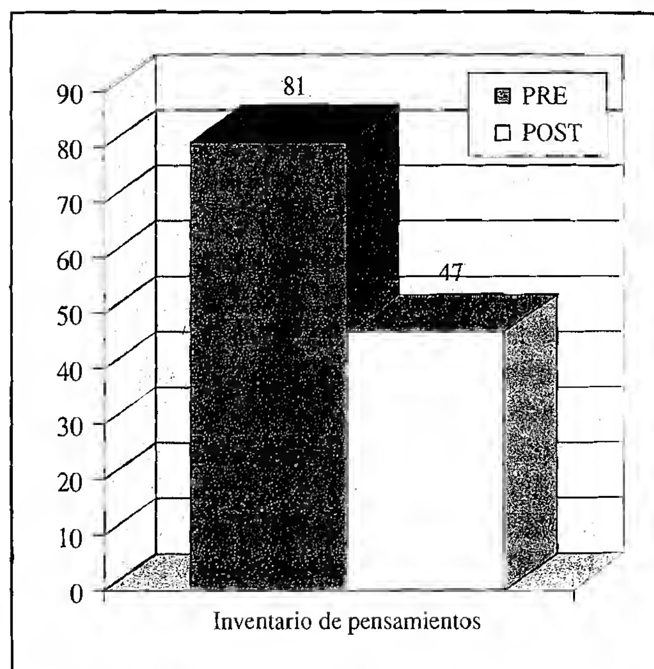


Figura 6.4.—Evolución de la puntuación del inventario de pensamientos.

nece sin cambios, aunque es preciso recordar que no se ha contemplado de modo específico en ningún punto del tratamiento.

g) La situación cognitiva de la paciente en relación al juego no presentó cambios significativos a lo largo del tratamiento. Debemos destacar que no eran muchos los sesgos en la fase pretratamiento, pues el juego tenía una función de activación y liberación del aburrimiento más que el objetivo de ganar dinero, y una vez se expuso y planificó la recuperación de los objetos empeñados desapareció la motivación para «cazar pérdidas». Podemos apreciar la cuota de cambio cognitivo en el Cuestionario de pensamientos: puntuación pretratamiento, 81; puntuación postratamiento, 47.

En un plano más general, la paciente tuvo dificultades para interiorizar el ABC cognitivo, aunque se logró incrementar la reflexividad de la paciente y su nivel de análisis ante situaciones problema.

TABLA 6.8

Resultados

Etapa de cambio	Paso de precontemplación a acción.
Abstinencia del juego	22 meses.
Relación familiar	Estable y reforzante.
Sesgos cognitivos	Sin cambios significativos.
Estado de ánimo	Incrementado y estabilizado (BDI = 2).
Recursos personales	Mejora en planificación, autonomía y responsabilidad.
EEAG	80; algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien y tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

PARTE TERCERA
Técnicas

Técnicas de control de la activación

7

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. INTRODUCCIÓN

El uso de procedimientos para controlar la activación se pierde en el tiempo. En los momentos más remotos de que hay constancia, estos procedimientos aparecen asociados a eventos religiosos. Probablemente diferentes culturas hayan desarrollado diferentes procedimientos para lograr este control, que siempre ha implicado tanto los aspectos fisiológicos como los cognitivos, bien con ejercicios personales, bien con ayuda de distintas sustancias. Sin embargo, el origen de las técnicas de relajación actuales puede localizarse en las prácticas de meditación de las religiones orientales (Lichenstein, 1988). Se pueden rastrear procedimientos formales de relajación casi en los orígenes del hinduismo, hace más de cinco mil años, que eran utilizados para conseguir un triple objetivo:

a) Contemplación y sabiduría.
b) Estados de conciencia alterados.
c) Relajación corporal.

El interés en Occidente por las técnicas de relajación, aunque utiliza procedimientos derivados de estas prácticas, está bastante alejado de esas concepciones religiosas, habiéndose convertido el control de la activación corporal es un objetivo en sí mismo. Incluso a veces se considera que es posible separar los efectos fisiológicos (desactivación física) de los psicológicos (desactivación mental), como si fueran dos realidades y no una. Su desarrollo se asocia a las posibilidades de aplicación en el ámbito de la salud y en especial la denominada «salud mental». Dos hitos de referencia obligada son las publicaciones, a principios del siglo pasado, de dos obras básicas: *Progressive relaxation* (Jacobson, 1929, 1938) y *Das Autogene Training* (Schultz, 1932).

El interés de la modificación de conducta por estas técnicas viene de mediados de los años cincuenta, con los trabajos pioneros de Wolpe (1958) asociados al quehacer de la psicología clínica. La relajación es vista como una respuesta incompatible o antagónica con los efectos fisiológicos producidos por la ansiedad y la activación mantenida. En consecuencia, la relajación se considera bien un procedimiento adecuado y suficiente para tratar diferentes problemas, como ansiedad, insomnio, disfunciones sexuales, tics..., bien como técnica utilizada asociada a otras técnicas como la desensibilización sistemática.

Hoy los procedimientos de relajación, en sus diferentes formatos, están entre las técnicas más utilizadas y con mayor prestigio por su eficica en psicología clínica. Eso sí, los procedimientos de relajación propuestos no son los originales de Jacobson o Schulz, sino versiones o adaptaciones de éstos a las condiciones actuales (Cautela y Groden, 1985; Lehrer y Woolfolk, 1985; Bernstein, Borkoveck y Hazlett-Stevens, 2000; Ferguson, 2003).

Pero el interés por la relajación ha superado el ámbito clínico, debido en gran parte a la importancia que se otorga a la «tensión» en el desarrollo de desequilibrios, trastornos o malestar personal y,

también, en parte, al cambio en la concepción de salud, desde una perspectiva negativa (reducir malestar) hasta una más positiva (aumentar bienestar). La relajación ha pasado a considerarse un recurso muy importante para la persona de cara a controlar su tensión cotidiana, prevenir trastornos y en consecuencia a mejorar su calidad de vida. Curiosamente, al cabo del tiempo, la concepción y el uso de los procedimientos de relajación se van aproximando a lo que fue su origen, una concepción o filosofía de vida. En ese sentido las técnicas de relajación son consideradas como un instrumento más al servicio del autocontrol de las personas (Amutio, 1999; Davis, Eshelman y McKay, 2000; Smith, 1999)

2. LA ACTIVACIÓN Y SUS POSIBILIDADES DE CONTROL

El incremento en los niveles de activación es una respuesta básica y útil para hacer frente a demandas del medio. Gracias a este recurso se pueden superar situaciones de especial demanda, como aprobar un examen difícil, conseguir un récord atlético o mejorar nuestro rendimiento laboral. Pero si estos incrementos de activación se producen de forma intensa, duradera o reiterada, pueden a corto o medio plazo producir efectos perjudiciales para la salud. Es más, en muchas ocasiones estos incrementos de la activación no parecen adecuados, por ejemplo al pensar que puedo tener una enfermedad (hipocondría), o ante la presencia de una simple cucaracha (fobia), o en medio de un atasco de tráfico. Aprender a controlar los niveles de activación parece una habilidad de especial relevancia, tanto en la superación de trastornos como para la prevención de éstos y la mejora de la calidad de vida (véase la figura 7.1). Los procedimientos para disminuir la activación deben, en consecuencia, considerar tanto las demandas ambientales como los aspectos cognitivos y las actuaciones (conductas) que provocan dicha activación. Disponer de habilidades para solucionar estos factores será decisivo para reducir la activación. No obstante, se suelen considerar técnicas de relajación sólo aquellas que se dirigen más directamente a controlar los incrementos en la activación.

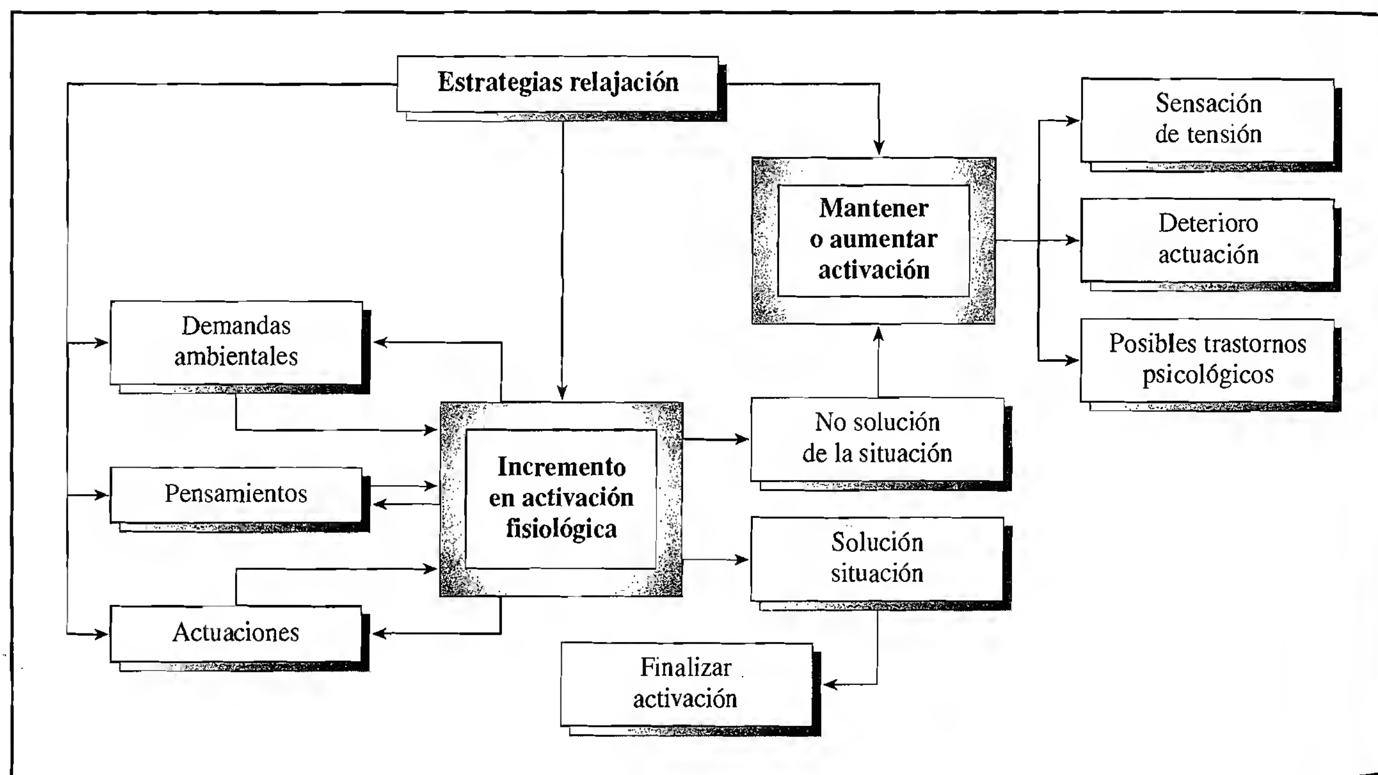


Figura 7.1.—La activación y sus efectos.

3. EFECTOS DE LAS TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN

La idea general es que la relación es algo bueno, y se le han atribuido efectos muy variados, desde específicamente fisiológicos hasta «reorganización completa de la vida». Lo más curioso es que estos efectos se han atribuido a cualquier procedimiento de relajación, aunque las diferencias entre éstos pueden ser muy importantes. Desgraciadamente la relajación es un procedimiento mucho más usado que investigado. Un resumen de los efectos puede verse en las tablas 7.1 y 7.2.

Frente a las consideraciones que señalaban que las distintas técnicas de relajación producían efectos similares, la propuesta inicial de Lacey (1976) señalando que no es adecuado hablar de un único mecanismo de activación, y en consecuencia que no puede considerarse que todas las técnicas de relajación tengan efectos equivalentes, está teniendo importantes apoyos (Robbins y Everitt, 1995; Lang, Davis y Öhman, 2002). Un análisis más completo puede verse en Vila y Fernández-Santaella (2004).

Por otro lado, aunque se ha hecho mucho hincapié en los efectos fisiológicos de la relajación, no menos importantes son los cambios subjetivos, como la sensación de calma y tranquilidad, la reducción de respuestas de ansiedad y en general una sensación de paz y bienestar (Davidson y Schwartz, 1976; Lehrer y Woolfolk, 1993; Lehrer y Carr, 1997; Peveler y Johston, 1986).

4. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Dado que las posibilidades de alterar estados indeseables de activación, en especial los produci-

TABLA 7.1

Efectos generales de la relajación

Relajación orgánica
— *SN central: disminuye activación cortical.* — *SN periférico: disminuye la tensión y tono muscular.* — *SN autónomo:* • Disminuye la activación SN simpático. • Aumenta la activación SN parasimpático. — *Reducción de metabolismo basal.* — *Cambios endocrinos:* • Diminuye secreción de adrenalina y noradrenalina. • Disminuye liberación de corticoesteroides. • Disminución de colesterol y ácidos grasos en plasma. — *Cambios en otros sistemas orgánicos:* • Incremento del nivel de leucocitos y posible aumento del funcionamiento del sistema inmunológico. • Disminuye azúcar en sangre. • Aumento en la recuperación tisular.
Relajación cognitiva

TABLA 7.2

Cambios producidos por la relajación en el sistema nervioso autónomo

- — Disminución de la frecuencia respiratoria.
- — Aumento del volumen de aire inspirado.
- — Mejora en la regularidad del ciclo respiratorio.
- — Disminución del consumo de oxígeno y eliminación de CO_2 sin cambios en el cociente respiratorio.
- — Disminución de la frecuencia cardíaca.
- — Disminución de la fuerza de contracción de los músculos cardíacos.
- — Vasodilatación periférica (reducción de la resistencia vascular periférica).
- — Aumento del riego sanguíneo periférico.
- — Mejora de la oxigenación de los tejidos.
- — Disminución de la presión arterial.
- — Reducción del nivel de ácido láctico en la sangre arterial.
- — Mejora del retorno venoso al corazón.
- — Incremento del riego sanguíneo en riñones y sistema gastrointestinal.
- — Vuelta al peristaltismo normal de los músculos del sistema gastrointestinal.
- — Reducción de la actividad de las glándulas ecrinas.
- — Aumento en la producción de saliva.

dos por activación emocional, son muy variadas, es lógico que se hayan desarrollado procedimientos de relajación muy dispares según el objetivo principal a lograr. Así, algunos procedimientos se han centrado más en modificar directamente los aspectos fisiológicos y otros van más dirigidos a los factores que provocan la aparición de esta activación, como demandas de la situación, actuaciones para controlarlas y, en especial, los aspectos cognitivos (véase la tabla 7.3). Probablemente también, como se ha señalado, no todos los procedimientos con sigan los mismos efectos, ni siquiera considerando sólo los fisiológicos (Vila y Fernández-Santaella, 2004).

TABLA 7.3

Procedimientos de relajación más utilizados en la actualidad

1. Relajación diferencial.
2. Entrenamiento autógeno.
3. Control de la respiración.
4. Técnicas de biofeedback.
5. Yoga.
6. Meditación trascendental.
7. Visualización o relajación en imaginación.
8. Relajación inducida.
9. Hipnosis.

Se ha intentado diferenciar los procedimientos de relajación en función del objetivo principal al que se dirigen, en especial si es reducir aspectos fisiológicos o cognitivos. Esta diferenciación no resulta muy útil, pues la realidad es que se da una constante interacción e integración entre los distintos niveles. Sea cual sea el componente al que más directamente se dirigen las técnicas de relajación, lo esperable es que todos ellos resulten afectados y se produzca un efecto general de desactivación. Por tanto, mejor que distinguir estas técnicas por el componente al que se dirigen será hacerlo en función de otros criterios, como la eficacia demostrada o la facilidad de su aprendizaje y utilización. Además, la mayoría de las técnicas comparten muchos factores que colaboran a este efecto general global (véase la tabla 7.4).

Dada la importancia de estos factores comunes, pueden resumirse las indicaciones generales a dar, antes de comenzar un entrenamiento en control de la activación, para una adecuada colaboración de la persona y la mayor eficacia de este entrenamiento (véase la tabla 7.5).

TABLA 7.4

Factores comunes a las técnicas de control de la activación

Clave mental	Concentrar la atención en un estímulo constante (por ejemplo: la respiración propia, la voz del psicólogo, un golpeteo rítmico...).
Actitud pasiva	Dejarse ir sin preocuparse de cómo se está haciendo (evitar distracciones y preocupaciones, concentrarse en el estímulo constante...).
Disminución del tono muscular	Reducir la tensión muscular bien de forma directa (relajación diferencial) o indirecta (sentarse o tumbarse cómodamente).
Reducción de la estimulación ambiental	Entrenamiento en un ambiente silencioso y tranquilo, sin realizar otra actividad.
Desarrollo de sensaciones subjetivas	De tranquilidad y calma.
Avance progresivo	Desde su aprendizaje en condiciones óptimas hasta su utilización en todo tipo de condiciones.
Práctica regular	El factor más determinante de su eficacia.

TABLA 7.5

Indicaciones para comenzar el entrenamiento en control de la activación

1. La relajación, como toda habilidad, se aprende de forma progresiva, mejorando paso a paso. Para ello es fundamental la práctica cotidiana y regular, en especial en los primeros momentos.
2. Es necesario desarrollar un «abandono activo». Abandonar el control de los pensamientos y permitir el desarrollo de sensaciones corporales, identificándolas pero sin intentar controlarlas.
3. Durante el entrenamiento, centrar la atención en las instrucciones del psicólogo y en las propias sensaciones corporales. No preocuparse de si se está haciendo mejor o peor. Tras el entrenamiento, será determinante generar e identificar esas sensaciones de forma rápida y eficaz.
4. Para facilitar el aprendizaje en los primeros momentos es importante realizarlo en condiciones óptimas: una postura cómoda (sentado o tumbado), reducir los estímulos que puedan distraer o molestar, tanto ambientales (luces, ruidos, calor o frío...) como personales (ropas ajustadas, calzados, pensamientos distractores...), tener los ojos cerrados para facilitar la atención a sensaciones corporales y evitar distracciones.
5. Tras el aprendizaje en condiciones óptimas, se procede a generalizar lo aprendido a las condiciones y situaciones habituales, incluso otras más demandantes pero en las que será especialmente adecuado utilizarlo.
6. Abandonar el miedo a perder el control o hacer algo contra la propia voluntad. Es la propia persona la que en cada momento decide qué hará o no hará. A continuación se exponen los ejercicios de que van a realizarse en función de la técnica elegida.

5. SELECCIÓN DEL PROCEDIMENTO DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN

¿Qué procedimiento de relajación es más adecuado enseñar o utilizar? Se han propuesto distintas estrategias para elegir la técnica de relajación a utilizar:

a) *Comenzar por el procedimiento más sencillo y fácil* (Lehrer y Woolfolk, 1993). Alter-

nativamente se puede ver si el cliente ya dispone de alguna y comenzar con ésa.

b) *Modelo de efectos específicos:* usar la más relacionada con el componente principal del problema a afrontar (fisiológico, motor o cognitivo; Davidson y Schwartz, 1976).

c) *Modelo general de Benson (1975):* da igual la técnica, todas tienen los mismos efectos.

d) *Modelo específico más efectos generales:* una combinación de los dos modelos anteriores.

e) *Modelo jerárquico de Smith (1992):* empezar por técnicas que implican aspectos más somáticos y estructurados (relajación diferencial) e ir ascendiendo hasta las más complejas, cognitivas y menos estructuradas (fundamentalmente cognitiva).

Pero estas propuestas sólo son opiniones personales, con escaso refrendo empírico. Es más, algunas de las consideraciones distan de estar apoyadas empíricamente, como el que todas las técnicas produzcan los mismos efectos o que la relajación cognitiva es mejor que la de características más fisiológicas. Cuando se revisa lo que se usa en la práctica, se constata que lo más habitual es que se utilice la técnica de relajación progresiva, en alguno de los formatos más reducidos, como los de Wolpe (1958), Bernstein y Borkoveck (1973), Öst (1987), Labrador, Puente y Crespo (1993) o Bernstein, Borkoveck y Hazlett-Stevens, 2000).

La cuestión sigue en pie: ¿Qué procedimiento utilizar a la hora de entrenar a una persona en relajación? Si el cliente ya domina alguna técnica que puede adecuarse a los objetivos deseados, lo idóneo será escoger esa técnica y si es necesario implementar sus efectos. Si no, los criterios para la elección deben basarse en su idoneidad para producir efectos beneficiosos, para su aprendizaje y para su aplicación (véase la tabla 7.6), sin olvidar que la técnica debe ser compatible con las actividades cotidianas de la persona, pues de lo contrario no se utilizará.

Basándose en estos criterios, Labrador (1998) ha realizado una valoración de las principales técnicas de relajación, con el objetivo de organizar el estado de la cuestión y orientar sobre la elección de técnica a entrenar en la práctica. Esta valoración, con algunas modificaciones, puede verse en la tabla 7.7. En el apartado efectos se evalúa la intensidad de la relajación sobre los componentes fisiológicos, cognitivos o motores y la rapidez con que se consiguen estos efectos. En el apartado de aprendizaje, se evalúa la facilidad y rapidez con que se pueden aprender. En el apartado utilización, sus posibilidades de uso de forma cotidiana, en situaciones de tensión y de forma diferencial. Por último se incluye una puntuación total con la suma de las anteriores. De acuerdo con esta valoración, las técnicas más indicadas son la de control de respiración y la relajación diferencial. Es cierto que el yoga puede producir efectos más intensos y completos, pero lo prolongado y difícil de su aprendizaje la desaconsejan como técnica de elección para conseguir la relajación. Se pasará a exponer estas técnicas.

TABLA 7.6

Criterios para seleccionar el procedimiento de relajación a utilizar

— Eficaz para modificar aspectos fisiológicos y cognitivos.
— Fácil de aprender por la mayoría de las personas.
— Que puedan aprenderse rápidamente (el menor número posible de sesiones).
— Que pueda utilizarse a voluntad en cualquier momento o situación, en especial en momentos difíciles o de tensión.
— Que pueda usarse en breves momentos consiguiendo efectos beneficiosos rápidos.
— Que pueda utilizarse de forma diferencial, permitiendo desactivar algunas partes del organismo, aunque otras se mantengan en activación.

TABLA 7.7

Eficacia estimada de las distintas técnicas de control de la activación

	Efectos				Aprendizaje		Utilización			Total
	Fisiológico	**Cognitivo**	**Motor**	**Rapidez**	**Facilidad**	**Rapidez**	**Cotidiana**	**En tensión**	**Diferencial**	
Relajación diferencial	8	6	6	8	7	7-8	9	8	9	69
Biofeedback	7	4	5	8	6	5	7	5	5	53
Entrenamiento autógeno	8	6	5	7	5	5	8	6	5	52
Control de la respiración	7	6	5	9	9	10	10	10	9	73
Yoga	10	9	6	9	3	1	9	9	9	63
Relajación por imaginación o visualización	4	7	5	7	7	7	6	5	5	52
Relajación por clave mental	4	7	5	7	7	6	8	6	5	55
Meditación trascendental	4	8	5	6	7	5	5	5	4	49

6. CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Sin duda el procedimiento más sencillo, y uno de los más útiles y eficaces en el control de la activación, lo constituyen las técnicas de control de la respiración. Respirar es imprescindible, pero la forma de hacerlo puede ser muy dispar. Los pulmones son órganos pasivos, por lo que para respirar es determinante la actuación de los músculos que les hacen expandirse o contraerse. Los músculos intercostales expanden la caja torácica y «tiran» de los pulmones hacia delante, mientras el diafragma «tira» de los pulmones hacia abajo. La actuación del diafragma es de especial relevancia por el aumento de volumen respiratorio que provoca. Una respiración adecuada implica pues la actuación de ambos grupos musculares a fin de poder trabajar con toda la capacidad pulmonar. Una mayor «ventilación» pulmonar facilitará el aporte de oxígeno necesario para el buen funcionamiento del organismo.

Sin embargo, distintas condiciones pueden favorecer hábitos de respiración poco adecuados. Determinadas posturas, actividades y situaciones, en especial las situaciones estresantes, suelen facilitar formas de respiración inadecuadas. Uno de los efectos más identificables del estrés y en general de los incrementos en activación fisiológica es la presencia de una respiración rápida y superficial, lo que implica un uso reducido de la capacidad funcional de los pulmones, una peor oxigenación, un mayor trabajo para el sistema cardiovascular, un mayor gasto orgánico y un aumento en la sensación de tensión general del organismo. Tratar de compensar la «peor calidad» de la respiración por un ritmo superior supone un sobreesfuerzo y no consigue los mismos resultados. Como alternativa, el desarrollo de un patrón respiratorio caracterizado por una inspiración lenta, regular y con volúmenes elevados de aire en cada inspiración facilitará una buena oxigenación pulmonar y de todos los tejidos, un menor trabajo cardiovascular, así como una reducción de la activación general del organismo. Algunos autores han llegado a considerar una buena respiración como un antídoto general contra el estrés y la ansiedad (Davis, Eshelman y McKay, 2000).

La respiración habitualmente es una respuesta automática. Aunque se puede controlar voluntariamente, en la mayor parte de las situaciones, en especial las más complicadas o las de más tensión emocional, no se le presta atención, aunque dichas circunstancias suelen facilitar alteraciones del patrón respiratorio no siempre adecuadas. Sería útil controlar de forma más eficiente la respiración, en especial en esas situaciones complicadas. Para lograrlo deben establecerse patrones alternativos de respiración asimismo automatizados, pues en las situaciones señaladas es muy complicado prestar atención a la respiración. Éste es el objetivo de las técnicas de control de la respiración, enseñar un adecuado control voluntario de ésta en condiciones óptimas, para después generalizar y automatizar este control en todo tipo de situaciones, en especial en las más problemáticas (Hazlett-Stevens y Craske, 2003).

6.1. Procedimiento básico

Condiciones iniciales: como en todo procedimiento de relajación, al inicio del aprendizaje deben prepararse condiciones que faciliten su realización: postura cómoda (véase la tabla 7.10), ojos cerrados, ropas holgadas, eliminación de posibles estímulos distractores, etc. También es importante desconectar mentalmente de posibles exigencias o preocupaciones y centrarse en las sensaciones corporales. Visualizar brevemente una escena agradable puede servir para lograr esta desconexión.

La realización de cada ejercicio debe oscilar entre dos-tres minutos, repitiéndose cada uno (a excepción del ejercicio previo) varias veces según la habilidad para dominarlo (al menos tres-cuatro veces). Tras cada repetición se hará un descanso de uno o dos minutos, que puede dedicarse a comentar la realización del ejercicio y los efectos percibidos o a dar instrucciones para mejorar su realización.

Ejercicio previo

Objetivo: *identificar la propia respiración.* Sin alterar el patrón de respiración, es decir, manteniendo la frecuencia, ritmo e intensidad, se ha de centrar la atención en la respiración propia, identi-

ficando cómo entra el aire en el cuerpo y qué sensaciones va produciendo. Se indica que se coloque una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y otra encima de su estómago para poder percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración/espiración (en el pecho no es necesario, pues tiene suficientes sensores para obtener una buena información).

Ejercicio 1.°

Objetivo: *dirigir el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones.* Se indica a la persona que trate de dirigir el aire, en cada inspiración, a llenar la parte inferior de sus pulmones. Esto implica que el diafragma baje al máximo expandiendo a tope la capacidad pulmonar, en especial en su parte inferior. La realización correcta del ejercicio debe producir que se mueva la mano colocada sobre el vientre pero no la colocada sobre el estómago, ni el pecho. Es muy importante dar feedback de la actuación, señalando los progresos o forma de superar las dificultades, en muchos casos consistentes en inspirar de forma muy brusca y/o rápida. Hay que vigilar que no se fuerce la respiración haciéndola más rápida o intensa; es una respiración normal pero tratando de dirigir el aire a la zona inferior de los pulmones y concentrándose en identificar las sensaciones corporales que produce.

Este ejercicio con frecuencia resulta difícil en las primeras repeticiones, pues implica aspectos de la respiración poco utilizados. Puede servir de ayuda a su realización hinchar varias veces la parte inferior del cuerpo contra el pantalón, utilizar imágenes como la de un globo dentro del vientre que hay que hinchar con el aire inspirado o un peso sobre el vientre. Si da problemas, se puede prescindir de él, pasándose al 2.° ejercicio.

Ejercicio 2.°

Objetivo: *dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones.* Ahora se le indica que, en cada inspiración, dirija en primer lugar el aire a la parte inferior (ejercicio anterior) y después, en la misma inspiración, pero marcando un tiempo diferente, a la parte media. Esto implica que el diafragma expande al máximo la parte inferior y media de los pulmones. Ahora debe notar que se hinchan primero la zona del vientre y después la del estómago. La realización correcta del ejercicio hará que se mueva primero la mano sobre el vientre y después la colocada sobre el estómago, sin que se mueva el pecho. Si se ha dominado el ejercicio anterior, éste no suele tener dificultad, y sirve además para reforzar las ganancias conseguidas con el anterior. Hay que vigilar que su realización siga el orden adecuado. Primero se hincha el vientre y luego el estómago.

Ejercicio 3.°

Objetivo: *llevar a cabo una inspiración completa en tres partes: vientre, estómago, pecho.* Esto implica que el diafragma expande al máximo la parte inferior y media de los pulmones y los intercostales la superior. Ahora se le indica al cliente que dirija el aire de cada inspiración en primer lugar a la zona del vientre, luego a la del estómago y por último al pecho. Insistir en la inspiración en tres tiempos y en que la respiración no debe ser forzada.

Ejercicio 4.°

Objetivo: *hacer la espiración más completa, pausada y regular.* Una espiración así ayudará a enlentecer todo el ciclo de la respiración. Se le indica al cliente que lleve a cabo la inspiración como en el ejercicio 3.° (tres tiempos) y después se centre en la espiración de forma que pueda hacerla más completa, regular y pausada. Para ayudarse es útil hacer una espiración sonora cerrando un tanto los labios, de forma que el aire espirado haga un tenue ruido, que servirá de feedback de la realización. Además, para conseguir una espiración más completa, al final de ésta se debe forzar elevando ambos hombros y tratando de silbar, lo que facilita remover el aire de la zona superior de los pulmones.

Ejercicio 5.°

Objetivo: *establecer una adecuada alternancia respiratoria.* El ejercicio es similar al anterior, pero ahora la inspiración, aun manteniendo el recorrido habitual (ventral, estomacal, pectoral), se hace de forma continua, sin diferenciar los tres tiempos. La espiración es similar a la del ejercicio 4.°, reduciéndose de forma progresiva el hacerla ruidosa y el silbido final.

Ejercicio 6.°

Objetivo: *generalizar la respiración completa a las condiciones habituales.* Implica aprender a realizar esta respiración en condiciones cada vez menos favorables y más próximas a las de la vida cotidiana en que le será de utilidad ponerla en práctica. La forma de conseguirlo es realizar el 5.° ejercicio en distintas posiciones y situaciones. Puede iniciarse con el cliente sentado (en lugar de tumbado), luego de pie, después andando... Asimismo se modifican otras condiciones personales, como realizar los ejercicios con los ojos abiertos, con ropas menos adecuadas, mientras realiza otra tarea... Por último se modifican las condiciones ambientales con la introducción de ruidos, la presencia de otras personas, la interacción con otras personas... Es importante a lo largo de todas estas variaciones que el cliente sea capaz de identificar o de recrear las sensaciones que experimentó cuando el entrenamiento se llevaba a cabo en condiciones óptimas.

6.2. Consideraciones adicionales

Lo más importante para un adecuado aprendizaje es la repetición de los ejercicios de respiración en el medio habitual. Durante el aprendizaje deben realizarse al menos tres o cuatro períodos de entrenamiento por día, que pueden ser breves: cuatro o seis minutos o incluso menos si las condiciones lo exigen.

Las primeras veces ayuda realizar los ejercicios en un ambiente tranquilo y silencioso que permita identificar esas señales corporales. Luego estos ejercicios deben realizarse en los ambientes habituales de la persona, integrados en su actividad cotidiana (un descanso en el trabajo, antes de comer o de salir de casa, al ir a acostarse...). Una vez aprendida la técnica, puede utilizarse en cualquier situación, en especial en las situaciones o actividades que provocan mayores incrementos en activación.

TABLA 7.8

Pasos en la técnica de control de la respiración

Desconexión inicial	
Ejercicio previo	Identificar la propia respiración sin modificarla.
Ejercicio 1.°	Objetivo: dirigir el aire inspirado a la parte más inferior de los pulmones.
Ejercicio 2.°	Objetivo: dirigir el aire a la parte inferior y media de los pulmones.
Ejercicio 3.°	Objetivo: realizar una inspiración completa en tres tiempos (diafragmática inferior, diafragmática media, torácica).
Ejercicio 4.°	Objetivo: hacer más completa, regular y lenta la espiración.
Ejercicio 5.°	Objetivo: establecer una adecuada alternancia respiratoria.
Ejercicio 6.°	Objetivo: generalizar la respiración completa a las condiciones habituales.

Posibles problemas:

- A veces, durante el entrenamiento, como consecuencia de forzar la respiración en frecuencia o intensidad, se produce una hiperventilación, apareciendo sensaciones de mareo o malestar. Si esto sucede, suspender inmediatamente el ejercicio y utilizar algún procedimiento que disminuya rápidamente la cantidad de oxígeno inspirado (por ejemplo: espirar e inspirar varias veces dentro de una pequeña bolsa para que el aire inspirado tenga menor cantidad de oxígeno), incluso simplemente descansar. Es un accidente poco importante, pero conviene tranquilizar al paciente explicándole que es un fenómeno de escasa relevancia y que, a pesar de sus sensaciones, no le falta aire, todo lo contrario, le sobra, y el organismo se protege así del exceso. Una vez pasada la sensación de mareo, se puede volver a entrenar los ejercicios, atendiendo eso sí a no volver a forzar la respiración.
- En algunos casos, raros, puede aparecer una taquicardia. Si ésta es importante, puede utilizarse para controlarla cualquiera de las maniobras de inervación vagal:

  • Presionar sobre un ojo durante la espiración.
  • Masajear la carótida.
  • Tensar músculos abdominales e intercostales tras una inspiración profunda.
  • Intentar espirar con boca y nariz cerradas.

6.3. Variaciones

Hay procedimientos alternativos o complementarios al propuesto; son los siguientes:

Respiración contando. El método más sencillo, que prácticamente no requiere entrenamiento, consiste en inspirar mientras se cuenta hasta 3 (1-2-3), después contener el aire contando hasta 2 y finalmente espirar mientras se cuenta hasta 3. Se repite el ciclo varias veces (al menos dos o tres minutos). Si no es posible comenzar con 3-2-3, se puede iniciar con valores más bajos (2-2-2) y enseguida intentar llegar a 3-2-3 o valores más elevados: 4-3-4, etc. También puede desarrollarse con ayuda de una señal externa, por ejemplo un metrónomo, que marque un ritmo de 8 o menos ciclos por minuto.

Atención focalizada en la respiración. Consiste en centrar la atención en la propia respiración, sin intentar controlarla o forzarla, permitiendo que el proceso natural de respiración emerja, lo que suele inducir una respiración más lenta y profunda. Como en el caso anterior, debe continuarse con esta práctica al menos dos o tres minutos. Puede ayudarse colocando los dedos pulgar y corazón sobre las aperturas nasales y el índice en la frente entre las dos cejas. La atención se focaliza en la zona de contacto del índice, mientras se va abriendo de forma alternativa una de las fosas nasales con cada ciclo de respiración y cerrando el contrario.

Respiración profunda. Implica una inspiración profunda, seguida de un período de retención (entre cinco y diez segundos) y una lenta exhalación del aire. Es una técnica sencilla, que puede utilizarse en momentos de alta respuesta emocional, incluso para intervenir en situaciones de crisis o reducir problemas de ansiedad.

Respiración mediante suspiro. Consiste simplemente en suspirar de forma voluntaria e intensa varias veces (ocho o diez veces por minuto).

En conclusión: el control de la respiración es una técnica fácil de aprender y de utilizar, en todo tipo de situaciones, que produce efectos de desactivación de forma intensa y rápida. Es el procedimiento de elección inicial para enseñar a una persona a controlar sus niveles de activación.

7. RELAJACIÓN DIFERENCIAL

7.1. Consideraciones básicas

La relajación diferencial fue desarrollada inicialmente por Jacobson (1929). Su objetivo es conseguir

que la persona identifique las señales de sus músculos cuando están en tensión y que, una vez hecho, ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas (se relaje). Para aprender a identificar las sensaciones de tensión de los músculos, primero se tensan de forma voluntaria e intensa. Tras la tensión, el abandono de ésta facilita identificar la relajación de los músculos, así como la forma de producirla y las sensaciones que provoca. Repitiendo estos ejercicios de tensión y relajación, será cada vez más fácil identificar las señales de tensión en cualquier parte del cuerpo, con un simple recorrido mental, y aplicar la maniobra de relajación aprendida para esa parte del cuerpo en tensión. Esta forma de proceder permitirá conseguir una relajación completa de todo el organismo o una relajación específica de una parte de él.

El término *relajación diferencial* indica que el procedimiento se basa en distinguir las sensaciones que se producen al tensar o destensar los músculos. También que se puede relajar de forma específica (diferencial) una parte mientras otras pueden estar en tensión (por ejemplo: al andar, se puede relajar la cara aunque las piernas y el tronco tengan que estar en tensión).

El procedimiento original de Jacobson requiere un amplio período de tiempo de aprendizaje, lo que le hace poco adaptado a las necesidades actuales. Diversos autores han modificado este procedimiento para hacerlo más breve intentando mantener las ganancias (Wolpe, 1958; Bernstein y Borkovec, 1973; Lehrer, Woolfolk y Goldman, 1986; Ost, 1987; Lichstein, 1988; Labrador, Puente y Crespo, 1993; Bernstein, Borkoveck y Hazlett-Stevens, 2000). El programa que se expone a continuación se basa en este marco de referencia, así como en los desarrollos terapéuticos y de investigación del autor.

7.2. Procedimiento

7.2.1. *Indicaciones iniciales*

Antes de iniciar el entrenamiento es importante que la persona sepa en qué consiste la relajación y qué es lo que debe hacer. Lo primero es indicar para qué se utiliza y por qué puede ser útil en su caso concreto aprender a relajarse. Después se le indica en qué consiste la relajación progresiva y qué se espera que haga (véanse las tablas 7.5 y 7.9).

7.2.2. *Condiciones para comenzar el entrenamiento en relajación*

— El ambiente debe ser tranquilo, sin ruidos, libre de distracciones, con una temperatura agradable y una iluminación tenue.
— La ropa y el calzado deben ser holgados, que no opriman ni molesten, para que no dificulten la atención a las señales del organismo generadas en la relajación.
— Atención si se utilizan lentillas por la dificultad de lubricación con los ojos cerrados. Aconsejar traer ese día gafas, que pueden quitarse en un momento dado.

TABLA 7.9

Consideraciones sobre la relajación diferencial: ¿por qué tensar para relajar?

— Tensando a voluntad de forma intensa los músculos esqueléticos, resulta fácil identificar las señales de tensión en éstos.
— Al relajar los músculos, tras esta tensión, es más fácil identificar las señales de relajación.
— Al realizar estos ejercicios en zonas pequeñas del cuerpo, se aprende a identificar las sensaciones de tensión/relajación en cada parte del organismo.
— Tras repetir estos ejercicios, un rápido recorrido mental permitirá identificar la o las zonas en tensión, en las que se aplicará la maniobra de relajación ya conocida.
— La relajación muscular, junto con la concentración en las sensaciones, produce una relajación del sistema nervioso central y del sistema nervioso autónomo.
— La relajación muscular, del SNC y del SNA facilitará una relajación subjetiva (cognitiva y emocional).

- Postura: durante la fase inicial de entrenamiento es mejor que se adopten las posturas de «tumbado» o «sentado», las que más favorecen la relajación.
- Las instrucciones deben darse con voz pausada, monótona y escaso volumen. No hacer cambios en intensidad ni en modulación para no dificultar la identificación de las sensaciones corporales.
- Al dar las instrucciones, primero describir qué deberá hacerse y luego señalar el momento en que ha de comenzar a hacerse (por ejemplo: «Cuando yo se lo indique, debe tensar los músculos de las mejillas; para ello ha de tirar de las comisuras de los labios hacia arriba y hacia atrás, como en una sonrisa forzada». «Lleve a cabo ahora el ejercicio»).

7.3. Programa de relajación

La lógica del programa de relajación se basa en aprender a identificar la tensión/relajación en cada zona del cuerpo con un recorrido pormenorizado. Luego progresar desde estos recorridos pormenorizados hacia otros más amplios (abreviado y grandes partes), a la vez que se van sustituyendo los ejercicios de tensión/relajación por recorridos mentales, para llegar a la relajación sólo con un recorrido mental. Finalmente se generaliza lo aprendido en condiciones óptimas a las condiciones habituales y excepcionales de la vida cotidiana.

Se ha estructurado un programa que consta de cuatro partes basado en Labrador et al. (1993):

1.ª Recorrido pormenorizado de los principales grupos musculares con ejercicios de tensión-relajación.

2.ª Recorrido abreviado, juntando los distintos grupos musculares en ocho ejercicios con ejercicios de tensión-relajación y recorrido mental.

3.ª Recorrido de grandes partes, juntando los distintos grupos musculares en cuatro ejercicios, con ejercicios de tensión-relajación, y recorrido mental.

4.ª Ejercicios de generalización y relajación diferencial.

Organización por sesiones. El programa se debe adaptar a las necesidades del cliente. Dicha adapta-

TABLA 7.10

Posturas indicadas para realizar la relajación

El objetivo fundamental es lograr que la mayor parte del cuerpo esté en contacto con la superficie de apoyo de modo que ningún músculo tenga que estar en tensión para sostener una parte del cuerpo.
a) *Postura de tumbado:* sobre una superficie relativamente dura que permita que se apoye el cuerpo de forma completa, para que puedan relajarse todos los músculos. La cabeza debe estar ligeramente elevada (5-10 centímetros, según el tamaño) y sostenida lateralmente a fin de que el cuello no tenga que estar en tensión. Los brazos apoyados sobre el propio cuerpo, con las palmas hacia abajo y las muñecas apoyadas en la zona superior e interior de los muslos (en casos excepcionales, brazos muy cortos o pecho voluminoso, pueden yacer a los lados). Las piernas ligeramente entreabiertas (10-45 grados). *b)* *Postura de sentado:* utilizar un sillón envolvente que recoja bien el tronco y permita además apoyar la cabeza, de forma que el cuello no tenga tensión. Las piernas y pies pueden estar recogidos por el sillón o apoyarse en el suelo en un ángulo de unos 100°, ligeramente separadas (10-45°). Los brazos apoyados sobre el propio cuerpo, con las palmas hacia abajo y las muñecas apoyadas en la zona superior e interior de los muslos (también pueden apoyarse en los brazos del sillón). Es importante que la espalda, desde los glúteos hasta los hombros, quede completamente apoyada en el sillón. *c)* En casos muy excepcionales, a falta de otros medios, puede utilizarse la denominada *postura de cochero,* que puede llevarse a cabo en una silla o banco sin respaldo. Sentado en el banco, con el cuerpo inclinado hacia delante, las zonas de los antebrazos próximas a los codos se apoyan sobre los muslos algo separados (45°) y mantienen el peso del tronco. La cabeza cae sobre el pecho.

ción supone tanto establecer el número de sesiones necesarias como la importancia dada a cada una de las partes y a los ejercicios. Así, si es determinante la intensidad de la relajación se programará un entrenamiento con más sesiones (por ejemplo, seis o siete). Si lo determinante es la rapidez, se pueden reducir, incluso eliminar parte de los ejercicios (por ejemplo: no relajar las piernas) o directamente suprimir la parte 2.ª o 3.ª. Si la persona tiene una buena percepción corporal se puede abreviar la parte 1.ª. En la tabla 7.11 se puede ver, como referencia, una propuesta de programa de cuatro sesiones.

A continuación se detallan las distintas partes del procedimiento de relajación propuesto.

7.3.1. *Parte 1.ª: recorrido pormenorizado de los principales grupos musculares con ejercicios de tensión y relajación*

Objetivo: aprender a identificar las diferencias entre sensaciones de tensión y relajación en cada una de las partes del cuerpo. Lo mejor para identificar estas sensaciones es tensar a voluntad y de forma intensa cada uno de los principales músculos y después relajarlos. Este recorrido, aunque puede hacerse todo seguido, es más fácil hacerlo dividido en las cinco partes principales: relajación de los brazos, cara, cuello, tronco y piernas.

TABLA 7.11

Programa de entrenamiento en relajación en cuatro sesiones

1.ª sesión	Parte 1.ª Parte 1.ª	Relajación del brazo dominante. Relajación de la cara.
2.ª sesión	Parte 1.ª Parte 1.ª Parte 1.ª	Relajación del cuello. Relajación del tronco. Relajación de las piernas.
3.ª sesión	Parte 2.ª Parte 2.ª Parte 3.ª	Recorrido tensión/relajación (dos veces). Recorrido mental. Recorrido tensión/relajación.
4.ª sesión	Parte 3.ª Parte 4.ª	Recorrido mental (tres veces).

La primera sesión de relajación debe centrarse en dos aspectos esenciales:

a) Que la persona pierda cualquier temor y constate que puede relajarse.
b) Que identifique los efectos tan importantes que produce la relajación.

Por eso la primera sesión tiene un valor eminentemente demostrativo y de psicoeducación. La relajación del brazo dominante es el comienzo más adecuado. Posteriormente se procederá a la relajación de las siguientes partes.

Consideraciones a esta parte

— *Explicación-demostración del ejercicio.* Antes de comenzar a relajar cada parte, es importante indicar cuáles son los ejercicios a realizar. Podemos sugerir que los vaya realizando brevemente a la vez que se lo indicamos, para asegurar que ha entendido lo que debe hacer.
— *Desconexión inicial con imagen.* Antes de iniciar los ejercicios es importante que desconecte de la situación, posibles preocupaciones o problemas. El procedimiento más sencillo es conseguir que centre su atención (estando ya en la postura adecuada y con los ojos cerrados) en una imagen que le resulte agradable (una playa, un campo, una cara especial...). Esta imagen debe haberse entrenado previamente, centrándose sobre todo en hacerla concreta (qué playa es, qué postura tienes, te da el sol, a qué huele, cómo estás vestida...). Esta imagen puede servir siempre para comenzar la relajación, sea la parte que sea, y se convertirá en un estímulo potente para «desconectar» e iniciar la relajación. La imagen se puede mantener un minuto antes de proceder al inicio de los ejercicios.
— *Ejercicio de tensión:* se le indica que tense la

parte correspondiente, de forma rápida e intensa durante el tiempo necesario para que se identifique tensión importante pero no dolor (alrededor de diez segundos). Se debe hacer referencia a las zonas a las que debe prestar atención y las sensaciones que probablemente se estén desarrollando.

— *Ejercicio de relajación:* finalizado el tiempo de tensión, se le indica que relaje la parte correspondiente dejando aflojar los músculos. Se debe hacer referencia también a las zonas a las que debe prestar atención y las sensaciones que *probablemente* se estén desarrollando. La duración de este período de relajación debe ser al menos tres veces mayor que el de la tensión (unos 30 segundos).

— *Alternancia de ejercicios y repetición.* Deben alternarse los ejercicios de tensión y relajación. Lo normal es repetir una vez (excepcionalmente dos) cada ejercicio. En algunos momentos es útil hacer un breve recorrido mental por las partes relajadas, comparar la parte relajada con las que no se han trabajado o centrar la atención en la respiración para ayudar a relajarse más.

— *Ayudas: efectos de sugestión, imágenes, etc.* En los primeros momentos, en especial en la primera sesión, se pueden utilizar estrategias para ayudar a desarrollar las sensaciones de relajación. Entre ellas, sugestiones como sensación de peso (relajación muscular), calor (relajación vascular). También imágenes, como la de bajar una escalera y cómo en cada peldaño que se baje se relaja un poco más. Estas ayudas dejan de utilizarse conforme avanza el entrenamiento

— *Un minuto y ejercicio de salida.* Concluidos todos los ejercicios de la parte correspondiente, se debe dejar que el cliente, a su aire, sin instrucciones adicionales, se dedique durante un minuto a recorrer mentalmente las partes relajadas. De esta forma podrá disfrutar de la relajación conseguida e identificar mejor las sensaciones que se quiere que desarrolle. Tras este minuto se finalizará el ejercicio. Aunque para ello basta con indicar que abra los ojos, lo habitual es utilizar una *maniobra de salida.* La habitual es indicarle que haga una flexión enérgica de los brazos y una inspiración profunda y abra los ojos. Esta maniobra conviene usarla para salir en todas las ocasiones.

El tiempo de duración para cada una de las partes oscila entre 15-20 minutos, a excepción de la relajación del cuello, mucho más breve.

Los ejercicios de cada una de las partes indicadas se exponen en las tablas 7.12 a 7.16.

TABLA 7.12

Ejercicio de demostración: brazo dominante

1. Apretar fuertemente el puño... abrir la mano volviendo a posición de reposo. 2. Doblar la muñeca echando hacia atrás la palma de la mano de forma que se tense la zona superior del antebrazo... volver a posición de reposo. 3. Doblar la muñeca echando hacia adelante la palma de la mano para que se tense la zona inferior del antebrazo... volver a posición de reposo. 4. Doblar el brazo por el codo tensando los músculos del bíceps... volver a posición de reposo. 5. Doblado el brazo por el codo, tratar de hacer fuerza, como para bajar el brazo, para que se tense el tríceps (los músculos de la parte posterior del brazo)... volver a posición de reposo. 6. Estirar hacia adelante y hacia arriba el brazo extendido a fin de tensar el hombro... volver a posición de reposo.
Nota: este primer ejercicio puede hacerse sólo con el brazo dominante o con los dos brazos a la vez. Para la demostración es mejor hacerlo con el brazo dominante; las veces posteriores en los ejercicios de casa es importante que lo haga con dos brazos a la vez.

TABLA 7.13

Ejercicios para la relajación de la cara

1. Tensar la frente levantando las cejas... dejar caer las cejas.
2. Tensar la frente frunciendo el entrecejo (tratando de aproximar las cejas)... dejar caer las cejas hacia los lados y hacia abajo.
3. Apretar fuertemente los párpados... dejar que el párpado superior caiga suavemente sobre el inferior.
4. Con los ojos cerrados, girar los globos oculares hacia la derecha (pausa), la izquierda (pausa), arriba (pausa), abajo... dejar que los globos oculares caigan suavemente hacia abajo.
5. Tensar las mejillas estirando hacia atrás y hacia arriba las comisuras de los labios... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo.
6. Juntar los labios y, apretados fuertemente, dirigirlos hacia fuera de la boca... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo.
7. Juntar los labios y, apretados fuertemente, dirigirlos hacia dentro de la boca... dejar que los labios vuelvan a su posición de reposo.
8. Presionar con la lengua el paladar superior... dejar que la lengua descanse en el paladar inferior.
9. Apretar fuertemente las mandíbulas... dejar que la mandíbula inferior caiga (permitiendo que los labios queden separados).

TABLA 7.14

Ejercicios para la relajación del cuello

1. Inclinar la cabeza hacia la derecha haciendo que la oreja se acerque al hombro... volver la cabeza a la posición de reposo.
2. Inclinar la cabeza hacia la izquierda haciendo que la oreja se acerque al hombro... volver la cabeza a la posición de reposo.
3. Inclinar la cabeza hacia atrás haciendo que la nuca se aproxime a la espalda... volver la cabeza a la posición de reposo.
4. Inclinar la cabeza hacia adelante haciendo que la barbilla se apoye en el pecho... volver la cabeza a la posición de reposo.

TABLA 7.15

Ejercicios para la relajación del tronco

1. Levantar ambos hombros tratando de aproximarlos a las orejas (como para «encogerse de hombros»)... dejar que los hombros caigan a la postura inicial (1).
2. Echar los hombros hacia atrás como si fueran a juntarse por detrás de la espalda... dejar que los hombros caigan hacia adelante y hacia abajo (1).
3. Sacar el pecho hacia delante... volver a posición de reposo (1).
4. Curvar la parte superior de la espalda tratando de juntar los codos por detrás... volver a posición de reposo (1).
5. Tensar la parte anterior del tronco y diafragma sacando el estómago hacia afuera lo más posible... volver a situación de reposo (1).
6. Tensar la parte anterior del tronco y diafragma metiendo el estómago lo más posible... volver a situación de reposo (1).
7. Tensar la parte inferior del tronco haciendo que el vientre salga hacia afuera lo más posible... volver a la situación de reposo.
8. Tensar la parte inferior de la espalda arqueándola apoyándose en los glúteos y en los hombros... volver a situación de reposo.

Nota: en los ejercicios del tronco, en especial los que tienen la marca (1), conviene hacer referencia a los efectos que el ejercicio tiene sobre la respiración y cómo al relajar los músculos ésta se vuelve más fácil y agradable. Es importante que la persona «visualice» la propia respiración y asocie ésta con los cambios en tensión.

TABLA 7.16

Ejercicios de relajación de las piernas

1.	Tensar los glúteos apretándolos como si se tratara de levantarse apoyándose en ellos... dejar que caiga el cuerpo sobre la superficie de reposo.
2.	Tensar los músculos de la parte anterior de los muslos estirando las piernas... dejar que vuelvan las piernas a la postura inicial de reposo.
3.	Tensar los músculos de la parte posterior de los muslos tratando de flexionar las rodillas... dejar que vuelvan las piernas a la postura inicial de reposo.
4.	Tensar la parte anterior de las pantorrillas doblando los tobillos de forma que la punta de los pies se aproxime a las rodillas... dejar que vuelvan los pies a la postura inicial de reposo.
5.	Tensar la parte posterior de las pantorrillas doblando los tobillos de forma que las puntas de los pies se alejen de las rodillas... dejar que vuelvan las piernas a la postura inicial de reposo.
6.	Tensar los pies doblando los dedos hacia adelante... dejar caer los dedos volviendo a la posición de reposo.

7.3.2. *2.ª parte. Recorrido abreviado*

Tras saber identificar pormenorizadamente las sensaciones de los principales grupos musculares, es el momento de proceder a un recorrido más rápido de éstos. Para ello se agrupan los músculos por zonas naturales de la siguiente forma:

1. Mano y antebrazo de ambos brazos.
2. Zonas del brazo y hombros de ambos brazos.
3. Frente, párpados y mejillas.
4. Labios, lengua y mandíbulas.
5. Hombros, pecho y parte superior de la espalda.
6. Estómago, vientre y parte inferior de la espalda.
7. Ambos muslos.
8. Ambas pantorrillas y pies.

Lo mismo que en la parte anterior, este recorrido se lleva a cabo con ejercicios de tensión-relajación. Hay que indicarle los nuevos ejercicios de tensión para que sepa cómo tensar varios grupos a la vez. Algunos ejercicios ya no se pueden incluir (por ejemplo los de girar los ojos), a fin de poder progresar hacia una relajación más rápida y práctica. Esos ocho ejercicios deben realizarse de forma continuada en unos 20 minutos. Se puede completar esta parte con un trabajo posterior de relajación sin ejercicios de tensión, sólo con recorrido mental.

7.3.3. *3.ª parte. Recorrido de grandes partes*

Continuando en esta dirección de reducir los ejercicios, ahora se agrupan los distintos músculos en las cuatro grandes partes del cuerpo:

1. Brazos.
2. Cara.
3. Tronco.
4. Piernas.

Como en las partes anteriores, primero de lleva a cabo el recorrido con ejercicios de tensión-relajación. Después se procede a desarrollar la relajación sin ejercicios de tensión, sólo con un recorrido mental. El objetivo final es que en uno o dos minutos sea capaz de recorrer mentalmente todo el cuerpo, identificar las zonas en tensión y proceder a relajarlas con las estrategias aprendidas.

7.3.4. *4.ª parte. Ejercicios de generalización y relajación diferencial*

Tras haber aprendido a relajarse de forma rápida, con un breve recorrido mental, en condiciones óptimas, hay que generalizar esta habilidad a las condiciones habituales, en especial esas situaciones más complicadas en las que más se necesita de estas ha-

TABLA 7.17

Modo de proceder en los primeros momentos del entrenamiento en relajación

1.° Explicación ejemplificando los ejercicios a realizar.
2.° Creación de la imagen de corte (insistir en que sea una imagen muy personal).
3.° Asegurar que el cliente tiene la postura adecuada.
4.° Pedirle que cierre los ojos.
5.° Desconexión con imagen de corte:

Vamos a comenzar el entrenamiento en relajación. Lo primero que vas a hacer es tratar de identificar la escena de corte; recuerda la escena en la playa de Oyambre que estuvimos trabajando... Muy bien, identifica el mar tranquilo y el olor típico... céntrate unos momentos en tu respiración, visualizando cómo el aire entra por tus fosas nasales y pasa por la tráquea hasta los pulmones... trata de identificar una sensación general de calma y tranquilidad... No hay que hacer nada, simplemente dejarse llevar..., tratar de encontrarse lo más a gusto posible..., lo más tranquilo, para pasar a iniciar la relajación.

6.° Inicio de los ejercicios de relajación:

Vamos a trabajar, como quedamos, con el brazo dominante. Cuando yo lo indique, vas a cerrar el puño apretándolo fuertemente. Aprieta fuertemente el puño derecho... Identifica la tensión sobre todo en la parte posterior de la mano y de los dedos... (tras unos 10 segundos de tensión). Basta ya. Deja que la mano se afloje suavemente, que se vaya abriendo..., la mano va cayendo sobre la superficie de reposo a la vez que vas identificando cómo se van relajando los músculos... trata de identificar cómo la tensión va abandonado esa zona... cómo puede aflojarse más y más... (tras unos 30 segundos). Vamos a repetir el ejercicio anterior (se repite el ejercicio anterior). Ahora vamos a realizar el ejercicio siguiente. Cuando yo te lo indique, vas a doblar la muñeca de forma que el dorso de la mano se aproxime a la parte superior del antebrazo. Ahora, dobla la muñeca... muy bien, identifica la tensión en la parte superior del antebrazo, desde la muñeca hasta el codo..., en especial en esa zona del codo... Basta ya, deja que la mano caiga sobre la superficie de apoyo mientras tratas de identificar cómo se va relajando el antebrazo... es una sensación muy agradable y se puede avanzar un poco más en ella... (se continúa esta forma de proceder con el resto de los ejercicios del brazo).

7.° Recorrido mental final:

Ahora que ya hemos concluido la relajación del brazo, vas a tener un minuto para recorrer mentalmente las zonas trabajadas y tratar de identificar las sensaciones de la relajación a tu aire; después te daré instrucciones para salir de la relajación.

8.° Salida de la relajación:

Ahora vas a salir de la relajación, para lo cual simplemente lleva a cabo una flexión de los brazos, haz una respiración profunda y ve abriendo ya los ojos.

Consideraciones: A lo largo de esta sesión de relajación, se pueden intercalar entre los ejercicios algunas de las siguientes estrategias para ayudar a amplificar las sensaciones de relajación:

— Atender breves momentos a la propia respiración (céntrate en tu respiración y trata de identificar cómo te ayuda a relajarte. Cómo con la inspiración el aire nuevo te refresca y en cada espiración profundizas un poco más en la relajación...).
— Comparar las partes relajadas con las que no se han trabajado aún.
— Comparar las sensaciones del brazo que se está relajando con las del otro brazo.
— Identificar sensaciones de peso en una parte del brazo (la o las que ya estén relajadas).
— Identificar sensaciones de calor (mejor después de las de peso).
— Imaginar que se está bajando una esclarea y a cada peldaño que se desciende se avanza un poco más en la relajación...

bilidades. Para ello se procede a ir cambiando, de forma gradual, las condiciones en las que se lleva a cabo la relajación para llegar desde las óptimas hasta las habituales o complicadas. Este cambio graduado puede seguir diferentes pasos, dependiendo de cada persona. Como referencia pueden señalarse los siguientes: relajarse con ojos abiertos, cambiar de sentado o tumbado a estar de pie, incrementar la estimulación ambiental (ruidos, luz intensa, presencia de otras personas...), cambiar el ambiente (en el despacho de trabajo, en un parque, en el autobús...), cambiar las actividades (hablando con otra persona, en una reunión de trabajo...). Conforme se avanza en la generalización es importante trabajar la relajación diferencial, ayudando a identificar qué partes puede relajar en cada actividad, dado que no están directamente implicadas en su realización. Por ejemplo sentado estudiando tener la cara y las piernas relajadas.

7.4. Consideraciones adicionales sobre el modo de proceder

1. Durante el entrenamiento en relajación, en especial la parte 1.ª, hay que mantener contacto verbal constante con el cliente. Hablar de forma continuada, dando instrucciones o indicaciones para dirigir su atención, sin dejar silencios que le desorienten.
2. Se debe indicar no sólo qué hacer, sino qué sentir y dónde, de forma que dirija la atención a las señales de la relajación que interesa que desarrolle.
3. En los primeros ejercicios es importante desarrollar tensión para que sea más fácil identificar ésta y la relajación consiguiente. Conforme avanza el entrenamiento, cada vez insistir menos en la tensión voluntaria y más en el recorrido mental que permita identificar las zonas en tensión del cuerpo y proceder a relajarlas.
4. Es determinante, para el aprendizaje de la relajación, su práctica. En especial en los primeros momentos el cliente ha de practicar de forma cotidiana (al menos una vez, y mejor dos), en su medio habitual y en condiciones óptimas, los ejercicios entrenados.
5. Si hay problemas con algún grupo muscular (lesión o contractura) o zona dolorida (cefaleas, lumbalgias...), se evitará generar tensión en él. Una vez dominada la técnica, se generalizarán las habilidades de relajación a esa zona o músculo.
6. No conviene realizar el entrenamiento en relajación inmediatamente después de las comidas, hay que dejar pasar al menos dos horas.

7.5. Programas de relajación alternativos

Se consideran dos programas de relajación alternativos al aquí propuesto, el de Bernstein y Borkovec (1973) y el de Öst (1987).

7.5.1. *Programa de Bernstein y Borkovec (1973)*

Desarrollado para reducir el tiempo de entrenamiento de la relajación diferencial para su aplicación en la clínica psicológica. La lógica del programa es similar a la del ya expuesto: proceder desde un recorrido más pormenorizado de los grupos musculares hasta un recorrido abreviado y mental de todo el organismo. Los ejercicios y la organización de las sesiones se recogen en la tabla 7.18.

Esta propuesta, quizá la más conocida en psicología clínica, tiene inconvenientes importantes: el primero, su larga duración, diez sesiones. En segundo lugar, el recorrido inicial no es muy pormenorizado, y además hay muy pocos ejercicios para las partes más importantes (cara y tronco) y muchos en comparación para las menos importantes (piernas y brazos). Además, se produce una repetición reiterada en sesión clínica de ejercicios que ya deben dominarse por haberse practicado en casa. No se incluye el entrenamiento en generalización y relajación diferencial.

TABLA 7.18

Propuesta de relajación de Bernstein y Borkovec (1973)

I. Procedimiento básico (16 grupos musculares)

1. Mano y antebrazo dominante.
2. Bíceps dominante.
3. Mano y antebrazo no dominante.
4. Bíceps no dominante.
5. Frente.
6. Mejillas y nariz.
7. Mandíbulas.
8. Cuello y garganta.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda.
10. Región del estómago, abdomen y parte inferior de la espalda.
11. Muslo dominante.
12. Pantorrilla dominante.
13. Pie dominante.
14. Muslo no dominante.
15. Pantorrilla no dominante.
16. Pie no dominante.

II. Procedimiento para siete grupos musculares

1. Músculos del brazo dominante.
2. Músculos del brazo no dominante.
3. Músculos de la cara.
4. Cuello y garganta.
5. Pecho, hombros, espalda y abdomen.
6. Pierna dominante.
7. Pierna no dominante.

Procedimiento para cuatro grupos musculares

1. Músculos de los dos brazos.
2. Músculos de la cara y el cuello.
3. Músculos del pecho, hombro, espalda y abdomen.
4. Músculos de las dos piernas.

Guía de entrenamiento en diez sesiones

	Sesiones
— Procedimiento básico (tensión-relajación)	1, 2 y 3
— Procedimiento para siete grupos musculares (tensión-relajación)	4 y 5
— Procedimiento para cuatro grupos musculares (tensión-relajación)	6 y 7
— Procedimiento para cuatro grupos musculares (recorrido mental sin ejercicios de tensión)	8
— Procedimiento para cuatro grupos musculares (recorrido mental y contar hacia atrás)	9
— Procedimiento para cuatro grupos musculares (contar hacia atrás)	10

7.5.2. *Propuesta de Öst (1987)*

Öst (1987) ha desarrollado un «procedimiento abreviado» de relajación cuyo objetivo es aprender a relajarse a voluntad en 20-30 segundos. El programa propiamente dicho consta de siete pasos (véase la tabla 7.19).

Este programa da una mayor importancia a los aspectos cognitivos o de recorrido mental y también dedica una parte del entrenamiento a la generalización de la relajación a las condiciones habituales; además insiste de manera directa en la reducción del tiempo necesario para conseguir la relajación (30 segundos) en su uso habitual. Por otro lado no hay una progresión desde el trabajo muscular pormenorizado hacia el agrupado. Además, aunque no se especifica la duración, Öst (1987) señala que en la mayoría de los ensayos realizados ésta ha oscilado entre ocho y doce sesiones, y es poco probable que sea inferior a siete sesiones.

7.6. Precauciones en el uso de la relajación

Aunque la relajación es una técnica muy útil y con escasos efectos colaterales negativos, hay que tener ciertas precauciones en su utilización, considerando, entre otras cosas, que puede:

— Facilitar efectos de pérdida de contacto con la realidad, incluso estados disociativos, alucinaciones y parestesias (atención a pacientes con perturbaciones cognitivas o psicosis afectivas).
— Incrementar efectos de ciertas drogas y fármacos (sedantes, hipnóticos, relajantes, medicación cardiovascular, insulina...).
— Inducir desactivación excesiva, con estados de hipotensión, fatiga, hipoglucemia temporal...
— Facilitar la recuperación de pensamientos o emociones que alteren al cliente.

8. EJEMPLO DE APLICACIÓN

ON, estudiante universitaria de 19 años, viene a consulta un día después de acudir a urgencias psiquiátricas a raíz de un ataque de pánico. Manifiesta una intensa ansiedad, falta de ilusión, energía, retraimiento, problemas de alimentación y dificultad para dormir. Además, pensamientos recurrentes de hacer daño a un familiar o a ella misma con cuchillos o tijeras. Achaca en parte sus problemas a la tensión debida a los exámenes recién realizados.

Aunque lleva ya muchos días muy alterada, el día anterior sufrió un ataque de pánico poco después de ver que había suspendido todas las asignaturas. Tras el reconocimiento en urgencias y la administración de un ansiolítico, una vez recuperada fue dada de alta, prescribiéndole medicación ansiolítica (orfidal) y antipsicótica (haloperidol). Tanto sus padres como ella están muy alterados por este evento que no saben explicar y recelosos ante la medicación

TABLA 7.19

Procedimiento de relajación abreviada de Öst (1987)

1. Ejercicios de tensión-relajación de grandes grupos musculares (15-20 minutos), dos sesiones (dos semanas).
2. Ejercicios sólo de liberación de tensión (cinco-siete minutos), una o dos semanas.
3. Relajación controlada por claves (asociar una clave mental a la relajación para que, evocada a voluntad, facilite la relajación) (dos-tres minutos), una o dos semanas.
4. Relajación diferencial (60-90 segundos) (aprender a relajarse mientras se realizan actividades cotidianas), una o dos semanas.
5. Relajación rápida: reducir el tiempo que se tarda en relajarse en situaciones naturales que no generan estrés) (20-30 segundos), una o dos semanas.
6. Entrenamiento de aplicación de lo aprendido a las condiciones deseadas.
7. Programa de mantenimiento.

recomendada. La paciente informa de que nunca ha tenido este tipo de problemas y que está muy deprimida y angustiada por si le vuelve a pasar, pues la experiencia ha sido muy terrible. No sabe a qué puede deberse, pues ese día no hizo nada diferente de lo que hizo los días anteriores; es más, finalizados ya los exámenes, apenas ha estado estudiando ni ha hecho esfuerzos especiales.

Hipótesis explicativa

ON, debido a la educación sobreprotectora (familia y colegio), no ha desarrollado adecuadas habilidades (HH) de afrontamiento a situaciones de reto. Así, no dispone de HH para el reto que supone el inicio de los estudios universitarios. De hecho, ha utilizado las HH de estudio desarrolladas en el colegio (básicamente memorizar el material que le dan), poco adecuadas para la universidad. Cuando ha constatado que no eran eficaces, dado que no disponía de otras, ha insistido en ellas incrementando sus niveles de activación (respuesta de estrés) y dedicando más tiempo. Esta mayor activación y dedicación no ha solucionado el problema y, al mantenerse largo tiempo, ha facilitado la aparición de cansancio, problemas de sueño, alimentación, baja autoestima y malestar emocional en general. En estas condiciones es posible que haya aparecido un pensamiento «extraño», como el de agredir a alguien con unas tijeras o un cuchillo. Los elevados niveles de activación han facilitado que preste atención al pensamiento tratando de «neutralizarlo», con lo que éste ha adquirido relevancia y comienza a formase un «pensamiento obsesivo». Además, la presencia de este pensamiento, sin poder controlarlo, ha incrementado más aún su activación. Finalmente, al agotamiento producido por la respuesta de activación (estrés) mantenida se ha sumado una nueva situación de estrés, con nuevo incremento de la activación, al conocer las notas de los exámenes; una mala interpretación de estas señales de hiperactivación ha facilitado la aparición del ataque de pánico. El hecho de que apenas tenga contactos sociales ni lleve a cabo otras actividades que el estudio colabora a mantener la activación constante. Ahora, el miedo a un nuevo ataque de pánico colabora a mantener la hiperactivación.

En estas condiciones el tratamiento debe implicar primero explicarle lo que le está sucediendo para que entienda su problema y posibilidades de actuación. En especial los efectos de la hiperactivación y en qué consiste un ataque de pánico. Después, y de forma urgente, hay que dotarla de habilidades para reducir su activación fisiológica. El uso de una técnica de control de activación es imprescindible. En este caso se utilizó la técnica de control de la respiración dada la rapidez de aprendizaje y uso, además de sus importantes efectos fisiológicos e interferencia con la hiperventilación. También se recomendó ejercicio físico para ayudar a regular la activación y mejorar las condiciones orgánicas. Sólo una vez desactivada un tanto, se podrá proceder a las siguiente fases del tratamiento (véase la tabla 7.20). Una exposición detallada del caso puede verse en Crespo y Labrador (2003).

TABLA 7.20

Programa de intervención en el caso de ON

Objetivos	Técnicas
1. Comprensión de los problemas.	— Psicoeducación.
2. Control activación fisiológica: *a)* En situaciones específicas. *b)* En general.	— Control de la respiración. — Ejercicio físico regular.
3. Organización actividades.	— Planificación de tareas + Actividades agradables.
4. Eliminar pensamientos agresivos.	— Explicación + Exposición. — Detención de pensamiento + Tiempo basura.
5. Habilidades en afrontamiento problemas.	— Solución de problemas. — Habilidades expresión: opiniones y emociones.
6. Desarrollo RR de autoestima.	— Diez cosas positivas. — Reorganización cognitiva.
7. ¿Crisis de ansiedad?	— Explicación + Hiperventilación. — Exposición + Reglas de pánico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Bernstein, D. A. y Borkoveck, T. D. (1973). *Entrenamiento en relajación progresiva.* Bilbao: DDB.

Sin duda una obra de referencia obligada. Se expone su programa de relajación diferencial, probablemente el más conocido. También incluye múltiples consideraciones prácticas sobre situaciones problema y soluciones en el entrenamiento en relajación, muy interesante. Dada la brevedad de la obra y lo práctico de sus indicaciones, aunque el programa pueda resultar un tanto anticuado, se recomienda su lectura.

Labrador, F. J. (1998). Técnicas de control de la activación y desensibilización sistemática. En M. A. Vallejo (ed.), *Avances en modificación y terapia de conducta: técnicas de intervención,* pp. 175-212. Madrid: FUE.

Revisión de las consideraciones y variaciones más actuales sobre el procedimiento estándar de la desensibilización sistemática, incluyendo datos de las investigaciones más recientes. Entre las variaciones se ocupa especialmente de la desensibilización por medio del movimiento ocular, una de las técnicas más en auge en la actualidad.

Lehrer, P. M. y Woolfolk, R. L. (eds.) (1993). *Principles and practice of stress management.* Nueva York: Guilford (capítulos 2-10 y 16).

A pesar del título, es una obra en la que, en los capítulos indicados, se comparan los efectos de las principales técnicas de control de la activación. La revisión es completa y rigurosa, considerando tanto aspectos cognitivos como fisiológicos y de procedimiento y señalando los efectos reales de cada una de las técnicas (relajación diferencial, entrenamiento autógeno, meditación, control mental, biofeedback...).

Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración.* Madrid: Síntesis.

En esta breve y sencilla obra, se expone el programa de relajación de Bernstein y Borkovec (1973) y el programa de control de la respiración de Labrador (1992). También hace un recorrido más breve sobre otras técnicas de relajación (entrenamiento autógeno, meditación y biofeedback). La obra está orientada fundamentalmente a la práctica y se describe con precisión cómo realizar, paso por paso, estos entrenamientos, además de una serie de consideraciones sobre la activación y su control.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La técnica de control de activación más sencilla y rápida de aprender es:

a) Relajación diferencial.
b) Entrenamiento autógeno.
c) Control de respiración.
d) Yoga.

2. La relajación diferencial frente al control de la respiración:

a) Consigue una relajación más profunda.
b) Permite un entrenamiento más rápido.
c) Produce efectos más duraderos.
d) Permite relajar unas partes del cuerpo mientras otras están en tensión.

3. Entre los efectos que producen las técnicas de control de la activación NO está:
a) El aumento de la actuación del sistema inmunológico.
b) El aumento de la resistencia vascular periférica.
c) El aumento del retorno venoso al corazón.
d) El aumento del riego del sistema gastrointestinal.

4. Al entrenar la relajación diferencial, en la 1.ª fase, el tiempo de tensión debe ser:

a) 30 segundos.
b) 10 segundos.
c) 10 segundos tras identificar tensión.
d) El necesario para identificar tensión pero no dolor.

5. Cuál de estos factores es más decisivo para el aprendizaje de una técnica de relajación:

a) La práctica habitual en especial en los primeros momentos.
b) El uso de una técnica que implique factores cognitivos.
c) Que se lleve a cabo siempre en un ambiente tranquilo y sin posibles distracciones.
d) La intensidad y duración de las contracciones musculares.

6. El objetivo fundamental del entrenamiento en control de la respiración es conseguir:

a) Reducir la frecuencia respiratoria a valores entre 8-12 ciclos por segundo.
b) Una respiración más completa, fortaleciendo en especial la diafragmática.
c) Cambios en la respiración sin modificar la tasa cardíaca.
d) Que disminuya la tasa cardíaca.

7. El objetivo del entrenamiento en relajación diferencial es que la persona pueda:

a) Identificar, en su actividad cotidiana, las partes del organismo en tensión y relajarlas.
b) Controlar a voluntad los niveles de activación fisiológica.
c) Inducirse un estado de tranquilidad subjetiva durante situaciones de tensión o estrés.

d) Inducirse un estado general de relajación fisiológica en condiciones de tranquilidad.

8. En la relajación diferencial, una vez que se ha aprendido a relajarse con el recorrido pormenorizado de los principales grupos musculares, se debe continuar el entrenamiento:

a) Estableciendo una clave mental para relajarse.
b) Haciendo el recorrido pormenorizado pero sólo mental.
c) Abreviando el recorrido (tensión-relajación) a unos ocho grupos musculares.
d) Generalizando lo aprendido a condiciones habituales y situaciones adversas.

9. A diferencia de la relajación progresiva, el entrenamiento en control de la respiración:

a) Produce efectos más intensos aunque menos duraderos.
b) Tiene una menor eficacia para modificar las respuestas fisiológicas.
c) Una vez aprendido, puede utilizarse en más situaciones y de forma rápida.
d) Es más difícil de utilizar en la vida cotidiana, pues exige un ambiente tranquilo.

10. La relajación debe producir cambios en la frecuencia respiratoria (FR), temperatura periférica —dedos— (T), respuesta dermoeléctrica —conductancia— (RDE) y tasa cardíaca (TC). ¿Cuál de las siguientes alternativas me indicará mejor que una persona se está relajando?:

a) Aumenta la T; disminuyen FR, TC y RDE.
b) Aumentan T y RDE; disminuyen FC y TR.
c) Aumentan RDE y FR; disminuyen T y TC.
d) Aumentan RDE y FR; diminuyen T y TC.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	d	b	d	a	b	b	c	c	a

Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia

8

MIGUEL ÁNGEL VALLEJO PAREJA

1. INTRODUCCIÓN

La atención plena es una de las posibles acepciones del término inglés *mindfulness,* conocido en la bibliografía anglosajona. Dicho término no tiene una palabra correspondiente en castellano. Puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos «atención», «conciencia» y «referencia al momento concreto» están incluidos de lleno en su significado. A lo largo de estas líneas se utilizará frecuentemente el término *mindfulness* para referirse de forma más completa a los diversos elementos que han venido siendo incluidos en él. La atención plena viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto.

Uno de los referentes más claros del *mindfulness* es la meditación. Concretamente la meditación budista zen, la vipassana, una meditación practicada por los budistas theravadin. Más allá del tipo concreto de meditación, la meditación en sí ha estado ligada al desarrollo de las técnicas de control fisiológico: la relajación y el biofeedback. La meditación transcendental ha sido comparada clásicamente con diversos tipos de relajación. En consecuencia, la atención plena tiene unas connotaciones psicológicas evidentes, aunque trasciende de lo meramente psicológico e impregna en un sentido más amplio un sentido de vida, una filosofía de la vida y una praxis, un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos. El *mindfulness* no puede ser entendido de forma genérica, sino que siempre es referido a un momento temporal concreto (presente).

Para terminar por acotar, siquiera de forma preliminar, el concepto, hay que añadir que esa atención, conciencia y reflexión son de carácter no valorativo. Es una experiencia meramente contemplativa; se trata de observar sin valorar, aceptando la experiencia tal y como se da. Es una observación abierta e ingenua, ausente de crítica y valencia. Se diría que es una forma de estar en el mundo sin prejuicios: abierto a la experiencia sensorial, atento a ella y sin valorar o rechazar de forma activa y taxativa dicha experiencia. El fenómeno así descrito es de evidente interés en psicología. Plantea en términos positivos cómo orientar la atención y la actividad, adecuándose de forma abierta a cada situación, y señala de manera implícita los problemas que pueden derivarse de no centrarse en el momento presente en las condiciones señaladas. Así, para Linehan (1993), el entrenamiento en *mindfulness* supone instruir al paciente para que observe su cuerpo y lo describa, sin valoración y centrándose en el momento presente.

El *mindfulness* es considerado desde diversas perspectivas como un fin en sí mismo, como una filosofía de vida o modo de conducirse en ella. En esta óptica se considera el *mindfulness* como un tipo de meditación inserta en la cultura oriental y en el budismo en particular, el ideal zen de vivir el momento presente. Desde un punto de vista psicológico también se ha venido a considerar como un cons-

tructo de personalidad. Se pretende medir cuánto *mindfullness* «tiene» una persona y cómo puede afectar esto a diversas dimensiones psicológicas, así como a procesos concretos. Finalmente se considera también como una técnica y como un componente de las terapias desarrolladas en el marco del conductismo radical y contextual: terapia de aceptación y compromiso, terapia de conducta dialéctica o psicoterapia analítica funcional.

2. BASES TEÓRICAS

El *mindfulness* parece haber surgido en torno al interés occidental por la tradición oriental y concretamente por el budismo zen. El impulso, desde esta perspectiva, dado por Jon Kabat-Zinn ha venido en gran medida a insistir en este aspecto: la meditación como forma de experimentar y conseguir experiencias *mindfulness*. La meditación o el uso de procedimientos cognitivos o fisiológicos (relajación) configuran diversas técnicas o procedimientos para conseguir diversos efectos de desactivación fisiológica y emocional. Tradicionalmente se ha considerado que para conseguir una respuesta incompatible con la ansiedad se pueden utilizar diversas técnicas de relajación, meditación, el entrenamiento asertivo o la experimentación de situaciones positivas (audición de una música, etc.).

Fijándose más en aspectos básicos y conceptuales, el entronque de *mindfulness* como procedimiento terapéutico se encuentra en el desarrollo de las denominadas nuevas terapias conductuales. Este tipo de terapias surgen al considerar el contexto como elemento principal en la explicación e intervención. Hayes et al. (2006) han venido a denominar como terapias de tercera generación aquellas que incluyen en sus componentes procesos de *mindfulness* y aceptación, así como procesos de compromiso y cambio directo de conductas. Es aquí donde el *mindfulness* entronca con otros procedimientos terapéuticos como, por ejemplo, la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) o la terapia cognitiva centrada en su origen en modelos de procesamiento de la información en relación con la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

La característica esencial de esta denominada tercera generación de la terapia de conducta (la primera se caracterizaría por su carácter empírico, experimental y centrado en el cambio directo de la conducta, y la segunda, por la aportación de los modelos cognitivos) es que adopta una perspectiva más experiencial y opta por estrategias de cambio de carácter indirecto, más que por las más habituales de carácter directo de la primera y segunda generaciones. Esto supone la consideración de un ámbito más amplio del cambio, no ceñido a elementos y aspectos concretos. La explicación de este cambio de proceder está en la relevancia conferida al contexto y a las funciones de las conductas más que a su forma (topografía en el análisis funcional clásico). Si lo que importa son las funciones de las conductas y no el modo en que se presentan, habrá de actuarse de forma genérica sobre dichas funciones. Esto supone un acercamiento más amplio e indirecto, pues para actuar sobre conductas concretas puede hacerse sobre otras conductas que también tienen esas funciones, aunque no estén implicadas concretamente en el problema objeto de consideración. La experiencia *mindfulness*, en lo que tiene de aceptación de las sensaciones y sucesos como ocurren, supone optar por experimentar conductas funcionalmente distintas de aquellas que pueden estar generando el problema por el que la persona pide ayuda, frente al intento por huir de las experiencias sin tener ocasión de experimentarlas. Una persona preocupada por controlar los imprevistos en el trabajo no tiene por qué centrarse sólo en situaciones laborales, sino en cualesquiera otras que tengan que ver con su ocurrencia imprevista.

Esta perspectiva amplia y abierta es más comprensiva y adaptativa que la que se centra en el control de elementos concretos de forma descontextualizada. Por ello no es sorprendente que este tipo de terapias de tercera generación se hayan mostrado eficaces en problemas más amplios y menos definidos como los trastornos de personalidad (Linehan, 1993). Se busca que la persona sea capaz de observar y sentir de forma natural (dejándose llevar) su comportamiento (el *mindfulness* como observación)

y que al tiempo se comprometa con esa actividad (*mindfulness* como compromiso). El objetivo es estar abierto a la propia actividad, exploración que permita obtener datos para su posterior evaluación. No es incompatible, en absoluto, elegir experiencias, actividades, etc., y al mismo tiempo estar disponibles para experimentar y sentir tal como las cosas sucedan. Nótese que este modo de proceder favorece la flexibilidad y la variabilidad en el comportamiento, característica esencial de su capacidad adaptativa.

2.1. Componentes principales

El *mindfulness* puede entenderse, como se ha señalado más arriba, como una forma de implicarse en las distintas actividades habituales, sean éstas problemáticas o no. Se puede considerar, por tanto, como una habilidad que permite no sólo un punto de vista distinto sino que implica también conductas concretas. Siendo precisos, no se puede decir estrictamente que su planteamiento sea novedoso. Veamos, no obstante, sus elementos esenciales y su grado de innovación.

Centrarse en el momento presente. Ésta es una característica que ha sido definitoria del análisis funcional de la conducta y en consecuencia de la modificación de conducta. Sin embargo, centrarse en el momento presente tiene en el *mindfulness* un sentido distinto. Se trata de centrarse y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control. No se centra en un pensamiento para cambiarlo por uno positivo. ¿Qué utilidad puede tener esto? La de aceptar las experiencias y sensaciones tal y como se dan. Podría decirse que, de modo similar a como operan las técnicas de exposición, se le pide a la persona que permanezca en una determinada situación sintiendo lo que allí suceda. Esta actitud permite que lo que ha de suceder o sentir acontezca de un modo completo. El vivir lo que está sucediendo en el momento supone dejar que cada experiencia sea vivida en su momento. Se trata de no perder la experiencia presente en su sustitución por lo que tendría que suceder o lo que sucedió y se vivió.

Apertura a la experiencia y los hechos. El centrarse en lo que sucede y se siente en el momento presente permite poner por delante los aspectos emocionales y estimulares frente a la interpretación de ellos. La fuerza del lenguaje, del pensamiento, para tamizar y vestir lo que se ve y lo que se siente es evidente. Esta influencia es tal que frecuentemente lo verbal sustituye a lo real, homogenizando, uniformando y conformando la experiencia abierta a marcos predefinidos y estereotipados. Esto supone, ante todo, una falsificación de la experiencia y la pérdida de la riqueza que supone la variabilidad de los fenómenos perceptivos y emocionales. La persona que contempla un cuadro sólo es capaz de percibir (sentir) en la medida en que es capaz de mantenerse abierto a las cosas que le sugiere dicho cuadro. Esta observación debe guiarse, en lo principal, por ella misma, dejando que unas sensaciones lleven a otras de modo natural. Las interferencias verbales (prejuicios), o el «estar en otro sitio», sólo contribuyen a adulterar la experiencia.

Aceptación radical. El elemento esencial del *mindfulness* consiste en la aceptación radical, no valorativa, de la experiencia. Se trata de centrarse en el momento actual sin hacer ningún tipo de valoración y aceptando la experiencia como tal. Esto tiene un elemento de originalidad frente al proceder habitual en psicología. Lo positivo y negativo, lo perfecto e imperfecto en sus diversos grados son aceptados como experiencias naturales, normales. Obviamente resulta más grato experimentar algo positivo, pero se acepta como igualmente natural la vivencia de lo desagradable. Se trata, como se ha comentado anteriormente, de aceptar las experiencias, y las reacciones a ellas, como naturales, normales. El esfuerzo por no valorarlas y aceptarlas permite no rechazarlas: el malestar, el enfado, la contrariedad no es algo de lo que se haya de huir, sino que forman parte de una experiencia humana que es preciso vivir. Esto contradice en gran medida ciertos tipos de mensajes que se transmiten socialmente, e incluso desde el ejercicio profesional de la psicología: el malestar es negativo, debe reducirse la ansiedad, controlar el estrés, reducir los pensamientos negativos, etc.

Elección de las experiencias. Puede pensarse que el *mindfulness* consiste en vivir con atención plena, reflexiva, no valorativa y aceptando lo que acontece de forma un tanto determinista. Esto no es así. Las personas elijen de forma activa en qué implicarse, sobre qué actuar, mirar o centrarse. Los objetivos, proyectos y valores de cada cual determinan qué atender o a qué prestar su tiempo e interés. En suma, el que una situación sea vivida y caracterizada como *mindfulness* no quiere decir que no sea elegida. Sí quiere decir que una vez que una situación es elegida debe vivirse y experimentarse tal y como es, de forma activa, aceptando todo lo que se dé.

Control. La aceptación supone una renuncia al control directo. No se busca que la persona controle sus reacciones, sentimientos o emociones, sino que los experimente tal y como se producen. Esto no supone, naturalmente, que los elementos de regulación emocional, fisiológica y comportamental no se produzcan, pero sí que no se buscan de forma directa. No se trata de reducir (controlar) el malestar, el miedo, la ira o la tristeza, sino de experimentarlos como tales; en todo caso el efecto que pudiera producirse sobre esas emociones será de naturaleza indirecta. Este aspecto contrasta notablemente con los procedimientos psicológicos al uso y que buscan la reducción de la activación, el control de la ansiedad, la eliminación de los pensamientos negativos, etc.

Para recapitular, se recogerán algunos de los elementos clave del *mindfulness;* según Germer (2004), éstos son:

1. *No conceptual,* esto es, prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados.
2. *Centrado en el presente:* el *mindfulness* siempre se da en y sobre el momento presente.
3. *No valorativo:* no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea otra cosa.
4. *Intencional:* siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado.
5. *Observación participativa:* no es una observación distanciada o ajena, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo.
6. *No verbal:* la experiencia *mindfulness* no tiene un referente verbal, sino emocional y sensorial.
7. *Exploratorio:* abierto a la experimentación sensorial y perceptiva.
8. *Liberador:* cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

3. PROCEDIMIENTO

Una vez definidas las singularidades y ventajas del *mindfulness,* ¿cómo buscarlo o aplicarlo en términos prácticos?, ¿resulta positivo que una persona se conduzca todo el día como *mindfulness*? No hay datos empíricos hoy día que permitan responder de forma clara a estas preguntas. Más adelante se podrá valorar más concretamente en qué casos es más apropiado insistir en su recomendación. Mientras tanto, ¿cómo se consigue el *mindfulness*? En general se ha aplicado un tipo de entrenamiento que permite a las personas practicar en esas habilidades *mindfulness.* El procedimiento más utilizado incluye elementos cognitivos (meditación) junto con determinados tipos de relajación, o ejercicios centrados en sensaciones corporales. Recuerda, en gran medida, al entrenamiento en relajación progresiva, aunque también al entrenamiento autógeno (procedimiento de autohipnosis) y a la hipnosis en sí.

Jon Kabat-Zinn (1994) ha desarrollado y puesto en marcha un programa en el que se entrena a las personas en la adquisición de las habilidades relativas al *mindfulness.* Se entiende que, al igual que con la relajación, el entrenamiento y la práctica en ellas permiten la adquisición de unas habilidades que pueden generalizarse y tienen, posiblemente, sus efectos positivos en el funcionamiento ordinario de la persona. A modo de ejemplo, y en el caso de la relajación, podría señalarse que cualquiera de los procedimientos utilizados podría ser adecuado, desde la perspectiva del *mindfulness,* siempre que se modificaran los elementos necesarios. A saber: que

la persona no controla, sino que observa, sus respuestas fisiológicas; que la persona acepta cualquier cambio, sensación o movimiento, por ejemplo, que se produzca; que hay una implicación activa en la tarea planteada buscando conocer y sentir todo lo que acontezca en ella; que dicho interés activo no supone lucha o control sobre otras actividades competitivas (por ejemplo, si atendiendo a las sensaciones corporales el pensamiento se va a otros asuntos alejados de la tarea, una vez que la persona se da cuenta de la digresión, no se enoja o contraría, sino que acepta dicha digresión y simplemente vuelve a atender a las sensaciones y tareas en que está implicado). En este contexto se puede utilizar el procedimiento denominado *body scan* (Kabat-Zinn, 2002), que consiste en una mera experimentación en las sensaciones corporales asociadas al repaso activo del cuerpo (véase la tabla 8.1).

TABLA 8.1

Instrucciones para la práctica del body scan *(Kabat-Zinn, 2002). Traducción realizada por José Ortega*

Instrucciones iniciales
Al realizar este programa regularmente y seguir sus instrucciones, estás asumiendo un papel activo y poderoso para mejorar tu salud. Durante este proceso será mejor, si puedes, mantenerte despierto. Ésta es una exploración corporal guiada a través de la meditación y está diseñada para ayudarte a entrar y alcanzar un profundo estado de relajación física y mental. Es útil que te organices para practicarla en un lugar cálido y protegido, donde te sientas cómodo y seguro y a una hora a la que nadie te vaya a interrumpir ni pueda sonar el teléfono. Tienes que llevar ropa amplia y cómoda que no te apriete en la cintura ni te impida respirar bien. Vamos a ser conscientes en cada momento, a aceptar qué esta pasando en tu interior y a examinarlo, ya que es parte de tu experiencia para bien o para mal. Deja de pensar en lo complicado de las cosas. Debes permitirte ser exactamente como tú eres, seguir las instrucciones lo mejor que puedas. Suelta todos los pensamientos de crítica y juicio y sigue las instrucciones lo mejor que puedas. Sé consciente de cómo te sientes y qué esta ocurriendo y recuerda que no hay una manera correcta ni incorrecta de seguir este programa. Como te sientes es como debes sentir en cada momento. Debes aceptarlo y darte permiso a ti mismo para sentirte como te sientes.
Meditación
Ahora vamos a tumbarnos de espalda en una colchoneta, alfombra o cama. Cierra los ojos despacio, si te sientes cómodo, con los brazos a ambos lados y las palmas de las manos hacia arriba, y deja que los pies se separan un poco. Ahora centra la atención en tu respiración sin manipularla de ninguna forma, simplemente siéntela, nótala. Concéntrate en el aire y cómo éste va entrando y saliendo de tu cuerpo y dirige tu atención a tu estómago y tu abdomen. Experimenta las sensaciones en esta zona cuando el aire entra en tu cuerpo y tu abdomen se hincha y cuando el aire sale y se desinfla. Sigue concentrado en este proceso, en los movimientos rítmicos de tu estómago con cada inspiración y espiración. Con cada respiración nota cómo tu cuerpo se siente más pesado, como si se estuviese hundiendo en el suelo o en la colchoneta, poco a poco. Concéntrate en tu respiración. La inspiración y la espiración, seguida cada una por la otra, mientras con cada respiración tu cuerpo se hunde cada vez más en el suelo, en la colchoneta. Ahora, cuando estés preparado, vamos a centrar la atención en los dedos del pie izquierdo. Dirige tu mente desde la zona de tu estómago, viajando por la pierna izquierda, hasta el pie y finalmente hasta los dedos. Sé consciente de las sensaciones de esta zona de tu cuerpo. A lo mejor hay sensaciones de hormigueo, humedad, picor, calor..., lo que sea no es importante, de lo que se trata es de que sientas los dedos como son. Si no notas ninguna sensación cuando te concentras en esta zona, siente la ausencia de sensaciones, lo que haya, lo que notes, y respira con estas

TABLA 8.1 *(continuación)*

Meditación
sensaciones. Siente el dedo pulgar y si puedes el dedo meñique y los demás dedos de en medio. Sin moverlos. Siente cada uno individualmente. Cuando tomes aire, imagina que el aire viaja desde tus pulmones hasta tu estómago y por la pierna izquierda hasta los dedos y cuando lo sueltes el aire regresa de los dedos y sale por tu nariz. Toma aire hasta los dedos y suéltalo desde los dedos. Cuando estés preparado, suelta el aire y suelta los dedos completamente; deja que esta zona de tu cuerpo se disuelva en tu mente y centra tu atención en la planta del pie izquierdo, en la sensación que tienes en esta zona concreta, respirando y sintiendo la planta de tu pie. Toma aire por tu pierna izquierda y suéltalo desde la planta de tu pie.
Ahora centra tu atención en tu talón y en el sitio donde tu talón toca el suelo... Siente la sensación de presión y el contacto. Cuando estés preparado, respira hacia tu talón y al soltar el aire suelta el talón y concéntrate en la parte de arriba de tu pie y en las sensaciones que hay o no en esa zona. No pienses tanto en el pie, simplemente sé consciente de él, siéntelo, dejando que las sensaciones dominen el momento. Respira con el pie y concéntrate también en el tobillo, siente la respiración en esta zona y al soltar el aire suelta la planta del pie, el tobillo, todo el pie izquierdo. Estás más y más relajado.
Ahora concéntrate en la parte inferior de la pierna izquierda, en la espinilla, la pantorrilla, en cualquier sensación que tengas en la parte inferior de tu pierna izquierda, no sólo en la superficie sino también dentro, hasta los huesos de tu pierna. Siente esta zona como es, no intentes hacerla diferente, sólo acepta las sensaciones que tienes, respirando con ellas, y cuando estés preparado suelta esta parte de tu cuerpo. Cada vez estás relajándote más, hundiéndote más en el suelo.
Ahora centra tu atención en tu rodilla izquierda. Siente la rodilla por todos los lados. Sé consciente de tu rodilla izquierda, respirando con ella, y al soltar el aire deja que se disuelva también.
Ahora pasamos a la zona del muslo, encima de la rodilla, la superficie y por dentro, profundamente hasta la ingle, siguiendo por dentro y por fuera hasta la cadera. Sé consciente del muslo izquierdo y déjalo lo más blando y relajado posible. Si hay tensión en el muslo o cualquier otra zona, déjala salir cada vez que sueltes el aire. Deja el muslo blando y relajado, respirando con él, y cuando estés preparado toma aire dirigiéndolo hacia él. Cuando sueltes el aire deja que el muslo flote, relájalo, déjalo blando.
Ahora vamos a concentrarnos en la pierna derecha, y a ser conscientes de las sensaciones en los dedos del pie derecho. Sin moverlos, si puedes, siente las sensaciones del dedo pulgar, el dedo meñique y los demás, respirando, dirigiendo el aire que tomamos hacia el pie derecho y los dedos, y al soltar el aire deja que suba desde los dedos y salga por tu nariz. Simplemente nota las sensaciones que produce esta zona sin juzgarlas ni preocuparte por cómo piensas que deberías sentirte. Permite que se sientan exactamente como tú te sientes ahora mismo y cuando estés preparado toma aire profundamente dirigiéndolo hacia los dedos del pie y al soltarlo deja que tus dedos se disuelvan en tu consciente. Deja que tu atención vaya ahora hacia la planta de tu pie derecho, incluyendo el talón y la parte que contacta con el suelo. Experimenta las sensaciones, respirando con ellos, y cuando estés preparado suelta el aire, suelta la planta de tu pie y centra tu atención en la parte superior de tu pie y el tobillo, tomando aire y soltándolo. Sé consciente de esta parte de tu cuerpo y cuando estés preparado suéltala, deja que se relaje y disuélvela en tu mente. Ahora vas a centrarte en la parte inferior de tu pierna, la pantorrilla, una zona de nuestros cuerpos, como muchas, a la que no prestamos mucha atención y que no apreciamos. Dedica un instante a sentir esta parte de nuestro cuerpo tan importante como es y apréciala. Cuando estés preparado, toma aire hacia esa zona y suéltalo y sé consciente de tu rodilla derecha. Toma aire hacia la rodilla y al soltar el aire suelta la rodilla. Ahora el muslo derecho y toda la parte superior de la pierna, desde la cadera, pelvis e ingle hacia la rodilla. Nota las sensaciones en el muslo derecho, lo más precisas posible, sensaciones de calor, hormigueo, pesadez, ligereza, el flujo de sangre, lo que sea...; siente tu muslo como es y cuando estés preparado toma aire y dirígelo hacia él, y cuando lo sueltes, suelta esta zona también.

TABLA 8.1 *(continuación)*

Meditación
Ahora, concéntrate en la pelvis, la zona entera de tu pelvis de una cadera a la otra. Sé consciente de tus glúteos, en contacto con el suelo, y las sensaciones del contacto, del peso o lo que sientas, sé consciente de los genitales y cualquier sensación o falta de sensación que tengas en esta zona. Sé consciente de las caderas y respira con toda esta zona, la zona de tu pelvis, y cuando estés preparado dirige tu respiración hacia tu pelvis; cuando sueltes el aire, deja que tu pelvis se ponga blanda y suelta cualquier tensión que tengas dentro, deja que se vaya con la respiración mientras te hundes profundamente en un estado de relajación, consciente y tranquilo, presente totalmente en cada momento, contento de existir, de estar aquí mismo, de cómo eres en este momento. Ahora vamos a dirigir nuestra atención a la zona lumbar que conecta con la pelvis y nota cualquier sensación que tengas. Ésta es una zona que produce problemas a muchas personas. A lo mejor notas sensaciones de intensidad. Durante un momento concéntrate en tu espalda, cómo es, y deja que tu respiración penetre en toda la zona lumbar. Cuando tomes aire y cuando lo sueltes, suelta cualquier tensión y sensación de aprieto, de intensidad. Deja que salga con la respiración. Suelta la zona lumbar y céntrate en la parte superior de la espalda. Siente las sensaciones de esta zona, respirando con ellas, siente tus costillas por delante y por detrás cómo se infla y desinfla tu pecho. Cualquier tensión, sensación de aprieto, fatiga, molestias en la espalda, dejando que se disuelvan y salgan cuando sueltes el aire. Húndete más en el profundo estado de calma y relajación, dejando que tu atención se dirija otra vez hacia tu estómago. Siente la subida y la bajada mientras respiras y permite que tu atención se extienda desde tu estómago hacia tu pecho. Siente los movimientos de tu diafragma. El músculo que separa tu estómago de tu pecho, corazón y pulmones. Y sólo por un momento concéntrate en el pecho, en cómo se infla cuando tomas aire y lo sueltas, y, si puedes, siente los latidos rítmicos de tu corazón dentro de tu pecho. Siéntelos. Los pulmones se inflan a cada lado de tu corazón nutriendo cada zona, cada órgano y tejido de tu cuerpo con sangre oxigenada, cada vez que tu corazón bombea la sangre por tu cuerpo, y cómo la sangre vuelve al corazón deshaciéndose de los desperdicios de metabolismo, purificando el cuerpo en un ciclo rítmico de energía renovada y continua desintoxicándolo y purificándolo al expulsar el aire. Concéntrate en tu pecho y en tu estómago, en tu postura tumbada y en los músculos del pecho, en toda la parte anterior de tu cuerpo, y cuando estés preparado expulsa el aire, dejando esta zona en un estado de relajación, y dirige tu atención hacia las puntas de tus dedos. Con las dos manos juntas, sé consciente ahora de las sensaciones en las puntas de tus dedos: quizá sientas unas pulsaciones, el flujo de la sangre, humedad, calor, lo que sea... Siente tus dedos, por dentro, por detrás hasta las puntas. Ahora deja que tu atención incluya las palmas de tus manos, el dorso de tus manos y las muñecas. Busca las pulsaciones en las muñecas, cómo la sangre va y viene a tus manos. Sé consciente de los antebrazos y los codos y de cualquiera o todas las sensaciones, dejando aparte cualquier molestia o problemas con una zona u otra. Siente tu cuerpo como es, y en particular tus brazos, y deja que tu atención incluya los bíceps hasta las axilas y los hombros. Los hombros sufren mucha tensión en muchas personas. Esta tensión acumulada a menudo produce dolores y problemas del cuello. Durante el día el estrés crea tensión en nuestros hombros y cuello. Si tienes tensión, cuando tomes aire, respira hacia tus hombros y tus brazos, y cuando expulses el aire, deja que las tensiones se disuelvan y que se vayan. Suelta los brazos desde las puntas de tus dedos hasta los hombros mientras te hundes más profundamente en un estado de observación relajada y consciente. Deja cualquier pensamiento que entre en tu cabeza o impulso para moverte o hacer otra cosa. Sé consciente de ti mismo en este momento. Ahora vamos a centrar la atención en el cuello, detrás del cuello, la columna en la zona del cuello y la garganta sintiendo la totalidad de esta zona de tu cuerpo, notando las sensaciones cuando tragas y cuando respiras, cuando el aire va desde la cabeza hasta el pecho a través del cuello. Respira dentro del cuello y cuando sueltes el aire, suelta el cuello, déjalo que se relaje y disuélvelo en tu mente y sé consciente de tu cara, otra parte del cuerpo que concentra el estrés acumulado y las tensiones del día.

TABLA 8.1 *(continuación)*

Meditación
Vamos a centrarnos ahora en la mandíbula y la barbilla. Nota cómo es cualquier sensación en la parte que une la mandíbula a la cabeza, respira con esta zona y al respirar por fuera deja que floten y sé consciente de tus labios y tu boca, dientes y encías, el velo del paladar, la parte posterior de la boca y tu garganta. Respira con esta zona y vive la experiencia y las sensaciones de tu boca, los labios, las mejillas, y al respirar por fuera deja que esta zona flote y sé consciente de tu nariz y siente el aire conforme va entrando y saliendo de las fosas nasales. Sé consciente de ti mismo mientras respiras, sé consciente de los ojos, las cejas y el espacio entre las cejas y toda la zona de los ojos y los párpados, y a menudo hay tensión en esta zona también. Si hay tensión, deja que salga cuando respiras por fuera permitiendo que se relajen las sienes y floten. Vive la experiencia y las sensaciones de los lados de tu cabeza; respira hacia tus oídos y por fuera y deja que se suelten.
Ahora la frente: respira con tu frente, déjala que se relaje para olvidar las emociones guardadas, las tensiones, el enfado, las frustraciones... Si sientes cualquier emoción asociada con esta tensión o sensación en los músculos de la cara, sé consciente de ello, toma aire, nutre tu cara, deja que se relaje y se disuelva en la relajación y calma. Ahora centra tu atención en tu cara completa, incluyendo tu frente, respirando con tu cara como si fueras a salir desde debajo y desde su interior. Deja que tu cara completa, incluyendo la frente, se disuelva en un estado neutral. Casi todo el tiempo estás ocupado mostrando un punto de vista a otros; en este momento déjala que sea como es, no la hagas trabajar demasiado, déjala como está, tranquilo y neutral con tu cara, relajado y en paz.
Ahora concéntrate en la parte de atrás de la cabeza y encima de la cabeza y todo el cráneo y la parte superior del cráneo; respira en toda esta zona por dentro y por fuera y céntrate en un punto encima de tu cabeza, el tamaño de una moneda de 5 céntimos, deja que el aire se vaya de tu nariz a tu mente hasta este punto encima de tu cabeza —la coronilla—, y respira por fuera de esta zona, por tu nariz otra vez, e imagina que este punto es como el agujero por donde respiran las ballenas y que tú puedes respirar por este agujero encima de tu cabeza y deja que el aire y la energía salgan de este agujero en tu cabeza y entren. Ahora imagina que estás respirando desde la parte superior de tu cabeza por todo tu cuerpo y por las plantas de tus pies. Ahora respira desde las plantas de tus pies hasta la parte superior de tu cabeza. Observa y permite tu respiración moverse de esta manera por todo tu cuerpo, todos tus músculos en un profundo estado de relajación y la mente simplemente consciente de este flujo de energía y respiración, viviendo la experiencia de tu cuerpo entero respirando; cuando estés preparado, siente tu cuerpo como un todo desde la parte superior de tu cabeza hasta las plantas de los pies. Tumbado en este estado de calma y relajación profunda y hundiéndote cada vez más en un estado muy profundo de bienestar, conectamos con la sensación de ser completos y enteros y con nuestra sensualidad, una dimensión en la que nuestras limitaciones no nos encierren, una dimensión de totalidad, silencio, calma y paz, abiertos a las cosas como son en cada momento y observando que esta actitud y esta calma curan y permiten que el mundo pueda ser como es, más allá de nuestros miedos e inquietudes y más lejos de las tendencias de la mente de desear que todo sea de una manera u otra; ahora podemos vernos de forma completa, como somos, examinando y viviendo profundamente la experiencia de nuestra vida llena y las cualidades sin límites de la vida, viviendo la experiencia de amar, cuidar y de sentirse totalmente despiertos ahora.
Como el programa/sesión finaliza, vuelve a ser consciente de tu cuerpo, sintiéndolo por completo. Puede que ahora quieras mover un poco los dedos de los pies y las manos, dejando que esta tranquilidad se quede contigo a medida que te vas moviendo y volviendo a las actividades de tu vida. Quizá también te gustaría felicitarte a ti mismo por haber dedicado este tiempo y energía a nutrirte de esta manera; recuerda que puedes alcanzar este estado de relajación simplemente trabajando con la respiración, tomando y soltando el aire en cualquier momento; no importa lo que esté sucediendo, a cualquier hora del día, deja que sea siempre una fuente de fuerza constante y energía para ti y aquellos que comparten tu mundo y que te proporcione las reservas de equilibrio interior y bienestar desde las que puedas tomar decisiones conscientes y elegir cómo quieres vivir una vida más integrada, saludable y satisfecha.

Otro procedimiento frecuentemente usado es la respiración. La persona se centra en ella y experimenta libremente todas las sensaciones que sucedan en torno al propio ritmo respiratorio. Insistiendo en todo momento en que no se pretende ni busca ejercer control alguno sobre la actividad corporal. Tampoco se busca la relajación como algo positivo en sí ni como estrategia de afrontamiento, sino como forma de practicar y experimentar el *mindfulness*.

Los procedimientos y ejercicios concretos pueden ser muy diversos. Algunos han sido desarrollados con objetivos específicos, como el programa para la prevención de la depresión de Segal, Williams y Teasdale (2002). En dicho texto puede consultarse un programa detallado de ejercicios orientados a la práctica del *mindfulness* durante la mayor parte del día como forma de prevenir las recaídas en la depresión.

3.1. Estrategias terapéuticas

Como se ha comentado más arriba, se han desarrollado algunos programas de tratamiento que pivotan en torno al *mindfulness* como elemento esencial de la intervención. Resulta de interés considerarlos singularmente porque constituyen una muestra de cómo se estructura una intervención de esas características. Entre ellos se encuentra el *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR) *program* (Kabat-Zinn, 1990), el *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) (Segal et al., 2002), orientado a la prevención de recaídas de la depresión, y las estrategias *mindfulness* utilizadas en la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993) y en la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999). A continuación se repasará brevemente alguno de los elementos característicos de estos dos programas específicos de *mindfulness*.

MBSR

El MBSR está orientado al tratamiento del estrés en general en el ámbito de intervención de la medicina conductual (dolor crónico, cáncer, trastornos cardiovasculares, etc.). Se trata más de un programa educativo que de intervención clínica que incluye en su formato estándar ocho clases semanales de entre dos y tres horas. Además, en la sexta semana incluye una sesión intensiva de un día de duración. Se trata de sesiones o clases en grupos en torno a 30 pacientes que pueden padecer diversos trastornos, como los señalados más arriba. Comienzan con una sesión de evaluación y orientación sobre las características del programa y el compromiso de asistir a las clases y realizar las tareas programadas para casa al menos 45 minutos al día, seis días por semana. Es un programa esencialmente práctico y experiencial.

Los procedimientos prácticos de experiencia *mindfulness* son diversos, e incluyen el *body scan*, ya comentado más arriba, ejercicios de concentración-meditación, consistentes en ofrecer sensaciones concretas para que la persona se centre en ellas de forma abierta: observar las sensaciones al caminar, tratar de escuchar determinados sonidos ambientales, etc., o centrarse en las actividades cotidianas, etc. En el ejercicio práctico de estas actividades se prima su aceptación independientemente de su naturaleza. Así el aburrimiento, la irritación, la incertidumbre, el miedo, etc., deben ser también experimentadas de forma plena, dejando que acontezcan de modo natural.

MBCT

El MBCT es similar al MBSR en el tipo de técnicas utilizadas y en su formato y orientación educativa. Está compuesto por ocho sesiones de dos horas de duración y no incluye una sesión intensiva de un día como el MBSR. El grupo es más reducido (máximo de 12 personas). El programa comienza con un ejercicio denominado «minimeditación». Se trata, al igual que en el *body scan,* de experimentar las sensaciones corporales en torno a la respiración: sensaciones y movimientos corporales producidos durante la inspiración y espiración.

La orientación cognitiva del programa estriba en tratar los pensamientos, distorsiones cognitivas, etc., de un modo diferente de como lo hacen los procedimientos convencionales. En lugar de promover

el cambio de pensamientos, etc., se crean condiciones en las que el paciente observa cómo los pensamientos y sensaciones son resultado de hechos concretos. Se trata, en suma, de aplicar el modelo ABC, haciendo ver a la persona que las situaciones (A) son las que producen los pensamientos (B) y emociones (C) y que éstos (pensamientos y emociones) no tiene entidad en sí. Ser capaz de atender a la ocurrencia de esos pensamientos es fundamental para conferirles su verdadero valor.

3.2. La atención plena y la relajación

La relación entre relajación y meditación es un clásico de la modificación de conducta y el lugar del *mindfulness* puede verse, también, desde esa perspectiva. En este sentido cabe decir que la relación ha sido siempre confusa y circular. Se ha considerado que la meditación es un medio para alcanzar la relajación, al mismo tiempo que se ha tomado como criterio alcanzar un determinado grado de meditación. Se sabe que la meditación es efectiva si logra una buena relajación (distensión muscular generalizada). Cabe suponer que la meditación es algo más que relajación; sin embargo, muy pocos esfuerzos se han dirigido a buscar qué elementos específicos y mensurables se añaden a los cambios fisiológicos característicos de la relajación. Aunque sí se han obtenido efectos específicos en el aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, frente a la relajación muscular progresiva (Ditto et al., 2006).

Como técnica, el *mindfulness* está más cerca del entrenamiento autógeno que del entrenamiento en relajación progresiva (el lector puede consultar en otro lugar de este libro la referencia a la relajación progresiva). El entrenamiento autógeno fue desarrollado por Schultz y Luthe (1959), y consta de unos sencillos ejercicios (Schlutz, 1980) que pueden verse de forma resumida en la tabla 8.2. El entrenamiento autógeno es, como es reconocido explícitamente por su creador, un procedimiento hipnótico. Persigue lo que Schultz (1980) denomina el «sosiego ensimismado» y que supone dejarse llevar por las sensaciones que experimenta la persona en torno a los ejercicios propuestos. No se trata de enfrentarse a la tensión, el malestar, el enfado o la angustia, sino de centrarse en las sensaciones presentes. Durante la realización de los ejercicios «no se han de rechazar o reprimir los pensamientos, imágenes, recuerdos, etc., que se le ocurren a todo el que se ejercita, ya que ello supondría, precisamente, una contracción» (Schultz, 1980, p. 16). En ese mismo sentido, al referirse a la aplicación general del entrenamiento autógeno, se insiste en que «al entrenarse no se ha de forzar jamás la aparición de una vivencia o quererla fijar mediante un esfuerzo de voluntad. El sujeto ha de deslizarse más bien de un ejercicio al siguiente, dejando que las vivencias surjan por sí solas» (Schultz, 1980, p. 30). El entrenamiento autógeno, al igual que la hipnosis, participa de la necesidad de dejar hacer y sentir, de centrarse en lo que acontece, buscando sólo de forma indirecta y no deliberada los cambios fisiológicos perseguidos, que sólo ocurrirán cuando no se busquen. La paradoja vuelve a tener que ver con lo que verbalmente (cognitiva y voluntariamente) se persigue y que generalmente interfiere con la forma no verbal y más automática de regulación fisiológica natural (véase la tabla 8.2).

La relajación, por otro lado, es algo más que una respuesta concreta (adaptativa) ante determinado tipo de estímulos. Se trata, como el descanso, de un estado homeostático que implica la puesta en marcha de amplios mecanismos fisiológicos reguladores que tienen diversos efectos: reducción del dolor, aumento de los opiáceos endógenos y patrones específicos de activación. Ligar la relajación a una respuesta ante estímulos concretos a los que la persona atiende es inadecuado. Un estado de relajación puede alcanzarse atendiendo a estímulos ordenados, desordenados (estado de inatención) o durante procesos complejos de razonamiento. La propia definición de la respuesta de relajación de Benson (1974) incluye la atención pasiva a simples patrones de estímulos (repetición de palabras sin sentido, mirar a un determinado objeto, etc.) y huir de distracciones. Ninguno de estos dos elementos ha sido convenientemente estudiado en la actualidad. Si la respuesta de relajación es, por tanto, más compleja de lo que cabría esperar, también lo es la tensión muscular,

TABLA 8.2

Ejercicios de entrenamiento autógeno (Schultz, 1980, pp. 10-29)

Primer ejercicio: El peso (relajación muscular) Repetir la frase y concentrarse en ella unas seis veces: «El brazo derecho (o el izquierdo) pesa mucho» alternarla con la frase «Estoy muy tranquilo».
Segundo ejercicio: Vivencia de calor (relajación vascular) Repetir la frase y concentrarse en ella unas seis veces: «El brazo derecho (o el izquierdo) pesa mucho» alternarla con la frase «Estoy muy tranquilo». Repetir la frase y concentrarse en ella unas seis veces: «El brazo derecho (o el izquierdo) está muy caliente».
Tercer ejercicio: Regulación cardíaca Se realizan los ejercicios primero y segundo. Repetir la frase y concentrarse en ella unas seis veces: «El corazón late fuerte y tranquilo» o «El corazón late tranquilo con regularidad», si la persona es algo aprensiva.
Cuarto ejercicio: Control de la respiración Se realizan los ejercicios primero, segundo y tercero. Repetir la frase y concentrarse en ella unas seis veces: «Respiro tranquilo» o «Algo respira en mí».
Quinto ejercicio: Regulación de los órganos abdominales («plexo solar») Se realizan los ejercicios primero, segundo, tercero y cuarto. Repetir la frase y concentrarse en ella unas seis veces: «Tranquilidad, peso, calor, el plexo solar está caliente».
Sexto ejercicio: Frescor en la cabeza Se realizan los ejercicios primero, segundo, tercero, cuarto y quinto. Repetir la frase y concentrarse en ella unas seis veces: «La frente está agradablemente fresca».
Maniobra de retirada Al finalizar la sesión de entrenamiento, debe aplicarse la siguiente maniobra: Se flexionan los brazos y se extienden enérgicamente un par de veces. Se inspira y se espira profundamente y se abren los ojos. Las indicaciones a dar son: «Flexionar y extender los brazos», «Respirar profundamente», «Abrir los ojos».

elemento esencial de ésta que frecuentemente ha sido tomado como su elemento principal. La tensión muscular puede ejercer un papel relacionado con el conocimiento latente, no consciente ni mediado por la musculatura no oral. Damasio (1994) acuñó el término «marcador somático» para referirse a una actividad somática automática que actúa de señal para que el individuo elija entre alternativas antes de que se lleve a cabo un proceso racional o consciente. De acuerdo con esto, la tensión muscular o el «estrés» puede forzar la decisión entre diversas alternativas antes de su valoración. Esto no sucedería con aquellos problemas que requieren un razonamiento complejo. En estos casos las aferencias sensoriales y motoras no intervendrían.

En un interesante trabajo que recoge gran parte de los aspectos hasta aquí señalados, Marr (2006) revisa la relación entre relajación y tensión muscu-

lar. Según él, la tensión muscular o el «estrés» se convierte en un elemento clave para resolver dilemas. No para tomar decisiones en el sentido del razonamiento que implica, sino para sortear y resolver entre distintas opciones que requieren una decisión inmediata. De este modo la meditación surge como una alternativa. En efecto, evitando todas las opciones posibles, se obtendría un estado de descanso, de inactividad, debido a que no hay alternativas entre las que decidir, ya sea pensando o razonando, ya sea de forma no consciente mediante la musculatura (tensión muscular). Dejando fuera toda la actividad cognitiva problemática, repitiendo una palabra sin sentido, se bloquea la necesidad de ser conscientes de los pensamientos, y no pensando, lo que necesariamente sigue es un estado de relajación.

Las posibilidades de elección en el mundo actual exponen a las personas a una situación de elección crónica sobre elementos relativamente triviales. Hoy, como señala Marr (2006), esas opciones se ven multiplicadas porque las personas apenas tienen limitaciones para llevarlas a cabo de forma continua y casi simultánea: llamadas de teléfono, televisión, ordenador, DVD, juegos, libros, etc., y frecuentemente de forma «obligada». La tensión muscular que puede instigar la elección tal vez tenga un sentido más comportamental que fisiológico, aunque una parte importante de los procesos de autorregulación pueden verse comprometidos de forma crónica y producir diversos trastornos psicofisiológicos. En este contexto es la meditación, el *mindfulness,* un medio a través del cual la relajación llega como una opción derivada de un alejamiento de las muy diversas posibilidades de elección forzada.

4. INTEGRACIÓN DEL *MINDFULNESS* EN EL HACER TERAPÉUTICO

El papel de la atención plena o el *mindfulness* como técnica terapéutica depende por un lado del efecto concreto que procura y por otro de la semejanza de dicho efecto con el logrado por otras técnicas. La relación y el balance de ambos aspectos son fundamentales para delimitar su utilidad.

4.1. Efectos procurados por el *mindfulness*

Las técnicas que buscan que el paciente tenga experiencias *mindfulness* persiguen, ante todo, que la persona se deje llevar por las sensaciones que percibe. Se trata de promover, de poner como punto fundamental de referencia las sensaciones y emociones, dejando que ellas actúen de forma natural. Esto posibilita que la persona deje (permita) que determinadas actividades (emociones, cambios fisiológicos, etc.) que operan de forma autónoma (SNA) se regulen de acuerdo con sus propios sistemas naturales de autorregulación. La falta de información sensorial, activa (uso de técnicas de control, distracción, etc.) o pasiva (no atendiendo de forma intencional a dicha información), impide al organismo la información precisa y necesaria para que tengan lugar los modos naturales de aprendizaje.

El intento por bloquear el malestar, las emociones, el estrés, contraviene y altera, de forma física (fármacos) o psicológica (distracción, reestructuración, etc.), los mecanismos de feedback naturales del organismo que permiten regular. Este aspecto fue un elemento característico en el desarrollo de las técnicas de biofeedback y de los modelos de autorregulación que se propusieron para su desarrollo (Schwarzt, 1977). Puede señalarse, al igual que en el ejemplo antes comentado de la actividad sexual, que es el único modo en que los servomecanismos (feedback positivo y negativo) del organismo pueden operar cuando los canales de información sensorial reciben y transmiten la información relevante de un modo eficiente.

Esto no quiere decir que el uso de los fármacos o técnicas psicológicas, como la reestructuración cognitiva, reducción de la activación fisiológica, distracción, etc., no sea adecuado. Son procedimientos útiles y eficaces en determinados problemas y momentos, pero deben considerarse con cautela. Cuando impiden que la persona experimente de forma real las sensaciones y emociones ligadas a una determinada situación, pueden dificultar y agravar el problema en lugar de sortearlo. La racionalización y contextualización de un problema son necesarias, pero la experimentación y aceptación de las sensaciones y emociones que nos procura son esenciales.

Esto es bien conocido en un ámbito especialmente relevante de la intervención psicológica: los trastornos de ansiedad. La exposición a las situaciones evocadoras de ansiedad y la experimentación de sus efectos son esenciales en su tratamiento.

4.2. Componentes principales de la atención plena en relación con otras técnicas

Como se ha venido comentando hasta aquí, en el *mindfulness* se dan cita diversos elementos psicológicos conocidos que, posiblemente, configuran y son responsables de sus resultados terapéuticos. A continuación se recogen a modo de resumen:

a) *Exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas*

Hay un claro intento de observar las emociones, pensamientos, sensaciones corporales como lo que son, no con el objetivo de controlarlos. Así se empeña el paciente en un aprendizaje sobre el control de la atención, sin valoración ni intento de cambio. En consecuencia se produce una exposición no reforzada a las emociones, pensamientos y sensaciones previamente evitados. Por otro lado, hay una verdadera exposición interoceptiva. De este modo el *mindfulness* crea un nuevo contexto para el paciente. En él se produce la extinción de las respuestas inadecuadas y permite la adquisición de nuevas respuestas. Esto puede realizarse de modo natural y real, esto es, dejando simplemente que el paciente perciba las sensaciones, pensamientos y emociones habituales en su contexto habitual. Este nuevo contexto interno de aprendizaje está siempre disponible y permite nuevas asociaciones desde una óptica marcada por un comportamiento abierto.

b) *Regulación emocional*

Cuando la persona se dispone a experimentar sus emociones centrándose en ellas tal como las siente y omitiendo valorarlas, se dan las condiciones para cambiar su tendencia de respuesta. En efecto, la experimentación de la atención plena puede cambiar la tendencia de respuesta automática cuando el paciente observa, describe y participa en la experiencia emocional sin implicarse personalmente en ella. Así el significado del suceso puede cambiar de malo a bueno sin necesidad de reestructurar, reenmarcar o modificar la valoración directamente.

c) *Reducir la creencia en las reglas*

Supone romper la predominancia de la conducta gobernada por reglas, favoreciendo el control mediante contingencias, en relación con los sucesos privados: pensamientos y emociones, principalmente. Cuando se considera que un pensamiento es sólo un pensamiento, sin que eso suponga darlo como verdadero o conferirle otros significados, se está añadiendo libertad para que las contingencias reales operen. Por otro lado, es conocido que cuando en una persona la mayor parte de sus conductas se ven gobernadas por reglas, la sensibilidad del individuo a las contingencias ambientales reales disminuye. En consecuencia, aumentan las posibilidades de que nuevos aprendizajes se establezcan.

d) *Control de la atención*

El *mindfulness* es, verdaderamente, un procedimiento de control de la atención. Busca que la persona aprenda a centrarse en lo que acontece en el momento presente de un modo amplio. Esto es, sin duda, un elemento positivo al impedir las rumiaciones, el centrarse en los mismos elementos de forma reiterada. Ello supone una economía en los recursos del paciente al evitar que se implique en actividades en el mejor de los casos inútiles y, en el peor, agravantes de su problema.

Como puede verse, la práctica del *mindfulness* da lugar a que se pongan en marcha diversos procesos conocidos en modificación de conducta que tie-

nen efectos terapéuticos positivos, como se ha comentado al inicio de este apartado. Esto sucede, además, de forma indirecta en la mayoría de los casos y mediante procedimientos comportamentales relativamente sencillos. Pedir a una persona que contemple lo que le rodea tratando de observarlo como es tal vez no sea una tarea sencilla, requiere entrenamiento y práctica, como todo ejercicio. Sin embargo, una vez llevado a cabo, va a generar efectos emocionales y cognitivos sin que suponga un ejercicio extra para la persona. Shapiro et al. (2006) han tratado de organizar los diversos componentes terapéuticos del *mindfulness* partiendo de lo que consideran los tres elementos esenciales, o axiomas, que lo definen: la intención (el propósito voluntario que ha de implicar la experiencia), la atención (la vuelta a contemplar las cosas tal y como son) y la actitud (la forma abierta, sin interpretación, con que se debe atender). De acuerdo con dichos axiomas, consideran que el *mindfulnes* consta de un elemento fundamental que denominan repercepción y que incluye cuatro mecanismos principales: la autorregulación, la clarificación de valores, la flexibilidad cognitiva, emocional y comportamental y la exposición.

La repercepción es considerada un metamecanismo que trata, sobre todo, de insistir en que lo que se observa es distinto de quien lo observa. Es un cambio de perspectiva en el sentido de ampliar el campo de referencia más allá de los límites propios de la persona en sí. Esta perspectiva implica una cierta disociación, al tiempo que trata de desactivar los procesos automáticos ligados a la valoración. Más interés tienen, por su concreción, los cuatro mecanismos principales propuestos. El primero se refiere a la autorregulación. Aquí se parte de que la autorregulación se basa en el funcionamiento de bucles de feedback. El modelo de desregulación de Schwartz (1977) es su fundamentación. Este modelo, como se recordará, fue básico para el desarrollo de la medicina conductual y las aplicaciones clínicas de las técnicas de biofeedback. Shapiro y Schwartz (1999 y 2000) proponen que cuando intencionalmente se dirige la atención a lo que está sucediendo tal cual, se permite que las conexiones que posibilitan la regulación natural operen los cambios necesarios para asegurar el funcionamiento más saludable del organismo. Huir del malestar, de los síntomas, paliarlos mediante fármacos, drogas o cualesquiera otros procedimientos médicos o psicológicos puede impedir que los sistemas de regulación natural tengan suficiente información como para ejercer su control natural sobre ellos. Se trata de impedir las respuestas automáticas asociadas generalmente a la huida para permitir que se pongan en marcha procesos de regulación natural en cierto modo automáticos. Los primeros proceden de procesos de aprendizaje de carácter esencialmente verbales; los segundos requieren el aprendizaje mediante contingencias, y sólo la apertura y la amplitud pueden permitir que las contingencias sean accesibles.

El resto de los mecanismos señalados abundan en los aspectos recogidos hasta aquí. La clarificación de valores está directamente relacionada con la actitud de apertura que implica el *mindfulness.* Esto es especialmente relevante en la obtención de una mayor flexibilidad conductual, cognitiva y emocional. Sólo si se aumenta la capacidad de recibir de forma abierta, suben las posibilidades de respuesta, aumenta la variabilidad, esto es, la flexibilidad. Finalmente, la exposición, como se ha comentado reiteradamente, es un ejercicio práctico en que se da lugar a nuevos aprendizajes y se debilitan los aprendizajes inadecuados.

5. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Las aplicaciones clínicas del *mindfulness* han estado ligadas inicialmente a su papel como procedimiento de control fisiológico-emocional. En ese marco cabe considerar el papel que la meditación y la relajación tuvieron sobre diversos trastornos psicofisiológicos. Los trabajos de Benson (1975) son paradigmáticos en este ámbito y ligan la relajación, la meditación y los trastornos cardiovasculares.

Jon Kabat-Zinn es, no obstante, quien popularizó e impulsó el uso de la meditación *mindfulness* como procedimiento para tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos. En 1979 creó el Centro Mindfulness en la Facultad de Medicina de la

Universidad de Massachusetts para tratar aquellos casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional. Desde entonces el centro viene aplicando el *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR) *program*, ya comentado previamente, a un amplio número de personas. Más de 15.000 pacientes han seguido el programa en ese centro, además de otros muchos que se han aplicado en otros países. Esta actividad clínica ha supuesto también resultados en diversas investigaciones científicas. En ellas se ha constatado, por ejemplo, la utilidad del programa para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias. Lo cierto es que desde la publicación en 1982 del primer trabajo sobre dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982), han aparecido estudios que muestran su utilidad en trastornos de ansiedad o en psoriasis, por ejemplo. Una aplicación de este programa ha sido llevada a cabo en España en profesionales de la salud (Martín Asuero, García de la Banda y Benito Oliver, 2005).

Los efectos positivos en el control del estrés y sobre los aspectos emocionales implicados en él han sido también contrastados en diversos trabajos. Así el *mindfulness,* obtenido mediante el entrenamiento en respiración, ha permitido reducir el impacto de emociones negativas y reducir el estrés. Hay, hoy día, datos que apoyan el uso del *mindfulness* en un amplio número de trastornos que incluyen desde los ya conocidos de tratamiento de la depresión o los trastornos de personalidad hasta los trastornos alimentarios, la ansiedad generalizada, la violencia, los problemas de pareja, etc. (Baer, 2006).

Paul Grossman dirige el Instituto de Investigación Mindfulness de la Universidad de Friburgo en Alemania y se centra también en el *mindfulness* como programa de control de estrés. Ha publicado recientemente un metaanálisis (Grossman et al., 2004) sobre el uso de estos programas, en el que se constata que a pesar de que aún el número de estudios es pequeño, los resultados muestran la utilidad del procedimiento tanto en muestras clínicas como en personas normales. Además de los trabajos recogidos en el metaanálisis, cabe añadir otras aportaciones más recientes que muestran la utilidad del programa en cáncer y en transplante de órganos.

Más allá del uso de la meditación *mindfulness* como procedimiento de reducción del estrés, el *mindfulness* ha sido integrado en tres prodecimientos clínicos de gran interés y que, además, han aportado evidencia empírica de su utilidad. El primero es la terapia de conducta dialéctica. Marsha Linehan (Linehan, 1993) desarrolla un tratamiento basándose en el *mindfulness* y la aceptación para el abordaje de los trastornos de personalidad límite. Los resultados obtenidos le han caracterizado como un tratamiento empíricamente validado que permite abordar problemas de la gravedad del suicidio. El segundo es la terapia cognitiva de la depresión, más concretamente la terapia cognitiva basada en *mindfulness* de la depresión. Ésta fue desarrollada al considerar los elementos implicados en las recaídas en pacientes tratados por depresión (Teasdale et al., 2000) y ha mostrado la utilidad de este acercamiento. El programa detallado de la aplicación está publicado paso a paso (Segal et al., 2002). Finalmente, *mindfulness* se halla integrado también en el proceder de la terapia de aceptación y compromiso, ya referida en este trabajo, por lo que viene a formar parte, como se ha comentado, de los procedimientos clínicos de la terapia de conducta de tercera generación.

El *mindfulness* plantea un punto de vista complementario con los recursos clínicos convencionales. La atención y la implicación activa en el momento presente son congruentes con el modo de hacer de la terapia cognitivo-conductual. Donde sí puede producirse un cierto contrasentido es en el interés por aceptar las sensaciones y los elementos vividos frente a controlarlos. Esto es especialmente relevante en el caso de las respuestas emocionales, así como en aquellos problemas derivados de disfunciones psicofisiológicas. Resulta especialmente evidente que algunas funciones no están sujetas a control verbal; por ello únicamente mediante experimentación real se puede ejercer un cierto aprendizaje sobre ellas, y esto sólo es posible si hay una buena experimentación, una buena observación *mindfulness.*

El intento voluntario por controlar la respiración produce, muy probablemente, disnea. Quien tiene un ataque de pánico o un deseo irrefrenable por fumar y pretende controlarlo voluntariamente proba-

blemente obtenga el efecto contrario. Sólo hay una forma de «controlar» esas actividades involuntarias e indeseadas: dejándolas estar, dejando que ocurran, observándolas con la menor interferencia posible, dejando que se autorregulen automáticamente, que realicen su tarea los servomecanismos biológicos responsables de su actividad.

Las posibilidades de integrar esta técnica y este modo de proceder son muchas y aplicables a muy diversos trastornos. Germer, Siegel y Fulton (2005) han editado un libro específicamente dedicado a esto; también Baer (2006) ha recogido los distintos ámbitos en los que el *mindfulness* se ha mostrado eficaz. En él se puede ver cómo actuar y con qué recursos en diversos ámbitos de intervención. Finalmente, recordar que el *mindfulness,* como la terapia de conducta dialéctica, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de activación conductual y la psicoterapia funcional analítica, recogen, entre otras, la evolución propia de la terapia de conducta. Ello supone un reconocimiento acumulativo de las aportaciones producidas a lo largo de los años y también de críticas y propuestas tal vez no tan nuevas pero en todo caso renovadas, en la búsqueda de solución a problemas recurrentes que tal vez adoptan distintas formas aunque ejerzan efectos semejantes.

6. EJEMPLO DE APLICACIÓN

Ignacio acude a la consulta con diversas quejas que él achaca al estrés: malestar general, irritabilidad, dificultades para dormir, molestias en el estómago, principalmente. Lleva cuatro años trabajando en una agencia de viajes. Fue su primer trabajo, que inició a los 19 años, y a pesar de que le gusta, cada día le resulta más estresante. Efectivamente el trabajo aumenta y también las responsabilidades, porque a Ignacio, al estar bien valorado por sus jefes, cada día le asignan más tareas y metas más difíciles.

Ignacio tiene novia, con la que se encuentra a gusto, aunque aún no planea emanciparse. Vive con sus padres y otro hermano mayor que él. Su principal afición es el deporte: correr a campo traviesa, montar en bicicleta, y cuando puede escaparse practica la escalada. Según comenta, sólo el ejercicio físico vigoroso le permite encontrarse bien y hace que remitan, en parte, algunas de las quejas que presenta en la actualidad.

La situación que le resulta más estresante en el trabajo tiene que ver con la mera sobrecarga que se produce en torno a puentes o períodos vacacionales. Le resulta muy difícil tener varios temas (viajes o expedientes) abiertos simultáneamente, sobre todo cuando hay una fecha límite en que deben estar resueltos. No es capaz, según comenta, de olvidarse de los temas pendientes mientras atiende el que tiene entre manos. Esto, además de causarle gran malestar, aumenta el riesgo de que se equivoque y no obtenga la mejor opción para el cliente. Ha consultado al médico de asistencia primaria y a un especialista del aparato digestivo. Ambos han coincidido en señalarle que se trata de un problema de estrés relacionado con el trabajo y le han recomendado que acuda a un psicólogo.

Su competencia profesional es adecuada, así que las dificultades para manejar los excesos de trabajo no interfieren, a día de hoy, con las habilidades necesarias para conseguir los resultados buscados. El no ser capaz de ordenar las tareas pendientes y de que no interfieran entre sí es el principal problema. Por otro lado, la activación y desregulación fisiológica que conlleva esa situación provocan las quejas del paciente, que sólo parece aliviarse con el ejercicio físico intenso. Así, dicho ejercicio se convierte en una forma de escape de la situación: preocupación y sintomatología somática.

Se consideró que había de actuarse, principalmente, sobre dos aspectos del problema. Por un lado, se trataría de evitar que Ignacio eludiera pensar en el trabajo pendiente y sobre todo en la angustia que esto le produciría. Para ello se le propuso que cuando se sintiera mal por venirle a la cabeza los expedientes pendientes, no combatiría el malestar, sino que lo sentiría, lo dejaría estar, al tiempo que continuaría realizando las tareas concretas en las que estuviera implicado. De este modo se disminuiría el papel aversivo de la situación, que se ve reforzado y mantenido por el esfuerzo de Ignacio por escapar de él. Además, al integrar esa sensación con la actividad ordinaria, se contribuye a que no

afecte, o lo haga en menor medida, a su actividad ordinaria.

El segundo elemento de intervención serviría para entrenar al paciente en el señalado anteriormente y para reducir la activación fisiológica. Se utilizó el entrenamiento en *body scan* como un modo de experimentar sensaciones corporales y dejar que el propio organismo se regulara con la menor interferencia por su parte. Se le pidió que practicara el ejercicio una vez al día. Con ello se pretendió que fuera capaz de centrarse de forma pasiva en las sensaciones que se producían, al tiempo que tolerara las interferencias verbales (pensamientos), que debían ser aceptadas y desatendidas de modo indirecto. Por otro lado, como se ha señalado, se buscó una mejora en la reactividad fisiológica al eliminar el exceso de control verbal sobre la actividad somática.

El entrenamiento tuvo una duración de dos meses. Inicialmente fue preciso, para insistir en la utilidad de la aceptación de las sensaciones tal y como se producen, el uso de algunas sugestiones a modo de procedimiento hipnótico para concentrar la atención y motivar al entrenamiento. Adicionalmente fue preciso aplicar la técnica de solución de problemas para abordar algunos elementos concretos relacionados con estatus en la empresa y nuevas responsabilidades que le fueron encomendadas.

Ignacio fue finalmente capaz de sentir el malestar que produce recordar las tareas pendientes de realizar sin que esto interfiriera en su actividad. Además aprendió a que la observación pasiva de sus sensaciones corporales le procuraba un bienestar y un equilibrio que constituían una alternativa a los efectos obtenidos en la práctica del deporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Germer, C. K., Siegel, D. S. y Fulto, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy.* Nueva York: Guilford Press.

El texto tiene cuatro partes y dos apéndices. La primera parte introduce y contextualiza el *mindfulness.* La segunda aborda la relación terapéutica y el entrenamiento clínico. En la parte tercera se hace una revisión de las principales aplicaciones clínicas en que se han aplicado procedimientos *mindfulness.* La última parte, junto con los apéndices, plantea perspectivas de futuro y recursos clínicos.

Segal, Z. V., Williamns, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse.* Nueva York: Guilford Press. Traducción española en 2006 con el título: *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Programa estructurado en ocho sesiones con abundante material práctico para aplicar la atención o conciencia plena a la prevención de recaídas en pacientes que han sido tratados de depresión. La práctica del *mindfulness* busca prevenir la aparición automática (involuntaria) de pensamientos o recuerdos que reactiven el bajo estado de ánimo y la depresión.

Wilson, G. K. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores.* Madrid: Pirámide.

Se trata de un manual de la terapia de aceptación y compromiso. El *mindfulness* forma parte de dicha terapia, como ya se ha señalado, en especial en lo que tiene que ver con el componente de aceptación. Se recomienda la lectura completa del texto, para una mejor comprensión. No obstante, los capítulos 8, 9 y 10 abordan de forma más directa aspectos relacionados con el *mindfulness.*

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. El *mindfulness,* como procedimiento terapéutico:
   a) Es simplemente una técnica de relajación.
   b) Forma parte de la denominada tercera generación de la terapia de conducta.
   c) No se dirige a elementos cognitivos.

2. La práctica del *mindfulness* busca:
   a) Cambiar los pensamientos negativos por positivos.
   b) Controlar lo que se siente.
   c) Centrarse en el momento presente.

3. La apertura a la experiencia y los hechos:
   a) Pretende potenciar la interpretación frente a la descripción.
   b) Busca que lo verbal sustituya a lo real.
   c) Pretende que la observación se guíe sólo por sí misma.

4. La aceptación radical:
   a) No es un componente fundamental del *mindfulness.*
   b) Propone que no se huya del malestar o el enfado.
   c) Es habitual y en cierta medida ortodoxa en terapia cognitivo-conductual.

5. El *mindfulness* según Germer (2004) es:
   a) No intencional.
   b) No verbal.
   c) Conceptual.

6. El *body scan:*
   a) Es una forma de meditación.
   b) Es una modalidad de entrenamiento en relajación progresiva.
   c) Se guía por los cambios en frecuencia cardíaca.

7. El MBSR:
   a) Aplica el modelo ABC.
   b) Es un programa psicoeducativo.
   c) Se aplica en formato individual.

8. El *mindfulness* procura:
   a) Una modificación en el contexto que puede favorecer el cambio.
   b) Preservar la exposición interoceptiva.
   c) Las dos alternativas anteriores son verdaderas.

9. El *minduflness* busca potenciar la predominancia sobre las conductas de:
   a) Las reglas.
   b) Las contingencias.
   c) Ambas: reglas y contingencias.

10. La utilidad clínica del *mindfulness* se ha puesto principalmente de manifiesto en el tratamiento de la:
    a) Esquizofrenia.
    b) Depresión.
    c) Adicción a opiáceos.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	c	c	b	b	a	b	a	b	b

Desensibilización sistemática 9

FRANCISCO JAVIER LABRADOR
MARÍA CRESPO LÓPEZ

1. INTRODUCCIÓN

La desensibilización sistemática (DS) es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas motoras de evitación ante determinados estímulos. Se trata de una de las técnicas pioneras en modificación de conducta (fue propuesta por Wolpe en los años cincuenta) y una de las que cuenta con una mayor tradición en cuanto a investigación y bibliografía. El supuesto básico de este procedimiento es que existen determinados estímulos que generan, de forma automática, respuestas de ansiedad en la persona, y pretende que esos mismos estímulos provoquen, también de manera automática, respuestas incompatibles con la ansiedad. Así, se impide el desarrollo de la ansiedad y la puesta en marcha de la evitación.

Basándose en los trabajos de Watson y Rayner (1920) con el célebre Albert, y su demostración de que las fobias pueden aprenderse por condicionamiento, y en los subsiguientes intentos de Mary Covert Jones (1924) para la eliminación de las fobias con la aplicación de los principios del condicionamiento clásico, Wolpe (1958) llevó a cabo una serie de investigaciones sobre neurosis inducida en gatos. Jones había demostrado con Peter que el intenso miedo del niño a los conejos podía eliminarse dándole su comida preferida en presencia del animal y acercándole éste poco a poco. Siguiendo los mismos principios, Wolpe utilizó, con éxito, la ingestión de comida (como respuesta antagónica de la ansiedad) mientras acercaba progresivamente al gato a los estímulos temidos.

A la hora de trasladar el procedimiento a los seres humanos, Wolpe se encontró con dos problemas: por un lado, la elección de la respuesta antagónica con la ansiedad y, por otro, los problemas prácticos que suponía pedir a las personas con fobias que se expusieran directamente a los estímulos temidos. Para resolver el primer problema, Wolpe, inspirándose en los trabajos de Jacobson (1938) sobre la relajación muscular, optó por la aplicación de ésta como respuesta fisiológicamente incompatible con la ansiedad. Para afrontar el segundo problema, optó por presentar a los pacientes los estímulos ansiógenos en imaginación, quedando así definido el procedimiento estándar de aplicación de la técnica, cuyos componentes básicos son la utilización de la relajación como respuesta incompatible con la ansiedad y la exposición graduada (en imaginación) al estímulo provocador del miedo.

Desde entonces la DS ha sido una de las técnicas más difundidas, estudiadas y utilizadas en modificación de conducta.

2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

A pesar del amplio número de investigaciones con que cuenta esta técnica, así como la demostración de su eficacia, no existe un consenso claro sobre los procesos de actuación de la DS. Desde la explicación inicial de Wolpe, basada en los principios de la inhibición recíproca y el contracondicionamiento, se han ido proponiendo una serie de ex-

plicaciones alternativas, que pasamos a revisar a continuación.

2.1. Inhibición recíproca y contracondicionamiento

Son los procesos explicativos aducidos por el propio Wolpe. La inhibición recíproca se basa en el concepto fisiológico de Sherrington (1961), que postula que dos estados fisiológicos incompatibles no pueden darse simultáneamente (en este caso, relajación y ansiedad). Por su parte, el contracondicionamiento señala que al asociarse un estímulo ansiógeno a la respuesta incompatible, se facilita el condicionamiento de ésta, y la sustitución de la respuesta de ansiedad por la respuesta incompatible. Desde este punto de vista, resultarían claves la instauración de una respuesta incompatible con la ansiedad y la graduación de los estímulos; sin embargo, los datos experimentales indican que la DS es eficaz incluso en ausencia de respuesta incompatible, que se puede producir una eliminación de la respuesta de ansiedad sin que haya sustitución por otra respuesta (tal y como sucede, por ejemplo, en la exposición graduada o en la inundación) y que la DS puede ser eficaz sin una graduación adecuada de los estímulos (para un completo análisis puede consultarse la reciente revisión de Tryron, 2005).

2.2. Habituación y extinción

Estas explicaciones plantean que en la DS se produce una disminución de la respuesta debido a la repetición de la estimulación. En el caso de la explicación basada en la extinción, el aspecto clave es la falta de reforzamiento. Desde este punto de vista, el miedo se adquiere por condicionamiento clásico en el que se asocia un EI (mordedura del perro) con un EC (perro). En la DS se presenta repetidamente el EC (perro) sin que vaya acompañado del EI aversivo (la mordedura), lo que llevaría a la eliminación de la RC (miedo) ante el EC. En consecuencia, la respuesta antagónica no sería necesaria (aunque podría facilitar la exposición a los estímulos ansiógenos).

Estos procesos pueden ser complementarios de los de inhibición recíproca y contracondicionamiento, tal y como señala Van Egeren (1971), que los agrupa en función de dos dimensiones básicas: la presencia o no de inhibición y la duración de los efectos (véase la tabla 9.1).

2.3. Modelos basados en cambios cognitivos

Estas propuestas parten de la consideración básica de que el paciente es consciente durante la DS y en consecuencia es probable que construya activamente la experiencia. Entre los aspectos cognitivos destacados por estos modelos cabe destacar:

— Expectativas. Wilkins (1971) indica que la DS funciona porque el terapeuta promueve las expectativas de éxito, porque el avance en la jerarquía proporciona un feedback confirmatorio de ese éxito y porque el paciente aprende cómo controlar la aparición y el cese de la imagen del estímulo temido.

TABLA 9.1

Procesos explicativos de la DS (Van Egeren, 1971)

	Efectos a corto plazo	**Efectos a largo plazo**
Inhibición antagónica	Inhibición recíproca.	Contracondicionamiento.
Sin inhibición antagónica	Habituación.	Extinción.

— Autoeficacia. A medida que avanzan en la jerarquía, los pacientes comienzan a verse a sí mismos como capaces de exponerse a los estímulos ansiógenos y de afrontar su ansiedad. Esta visión se desarrolla cuando el paciente tiene la experiencia repetida de imaginarse a sí mismo en situaciones evocadoras de ansiedad sin experimentarla (Bandura, 1977).
— Cambio cognitivo. De acuerdo con esta explicación, mediante la aplicación de la DS la persona entiende que el objeto fóbico no es realmente peligroso, lo que lleva a que se muestre menos ansiosa en su presencia.

Integrando buena parte de estos aspectos cognitivos, Emmelkamp (1975, 1982) propone un modelo de expectación en el que enfatiza dos aspectos: la autoobservación de la mejoría por parte del propio paciente y la creación de expectativas de ganancia terapéutica. Éstos serían para Emmerkamp los aspectos clave de la eficacia de la técnica, lo que lleva a destacar la importancia de la graduación de estímulos con objeto de propiciar la observación de mejorías.

La revisión de todas estas propuestas explicativas pone de manifiesto varios aspectos a tener en cuenta. En primer lugar, la mayoría de las propuestas son anteriores a los años ochenta, lo que parece relacionarse con la publicación de la revisión sistemática de la literatura sobre DS, realizada por Marks en 1975, y en la que concluía que la mera exposición a los estímulos ansiógenos era tan eficaz como la DS, ya que a partir de ese momento la atención de los investigadores se centró de manera prioritaria en la exposición, dejando un poco de lado el estudio de la DS. En segundo lugar, es importante resaltar que ninguna de las explicaciones propuestas cuenta con evidencia suficiente que la señale como elemento explicativo básico de la DS. Más bien al contrario, los distintos modelos planteados pueden considerarse complementarios, contribuyendo todos ellos a una mejor comprensión de los complejos mecanismos que actúan durante la aplicación de la DS y que determinan la eficacia de esta técnica (véase Vila y Fernández-Santaella, 2004).

3. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

3.1. Aspectos básicos

Conceptos básicos para entender el proceso y procedimiento de la DS.

Respuestas incompatibles. Ciertas conductas no pueden darse a la vez, pues la aparición de una impide la aparición de la otra, por ejemplo ansiedad y relajación. Facilitar o provocar la relajación en una situación de ansiedad dificulta la aparición de la ansiedad.

Jerarquía de estímulos. Si un estímulo o situación provoca una respuesta de ansiedad, las distintas características o variaciones de ese estímulo o situación variarán también en su capacidad para producir ansiedad. Se pueden ordenar estas variaciones en forma de escala o jerarquía que vaya desde las que producen escasa ansiedad hasta las que producen intensidades elevadas. Así, para una persona con miedo a las tormentas, se puede organizar una escala, desde las situaciones que apenas le producen ansiedad (estoy en casa y oigo un trueno lejano) hasta las que la producen intensamente (estoy solo conduciendo en la carretera y me ha pillado una tormenta, con relámpagos y truenos muy frecuentes). Lógicamente será más fácil controlar la ansiedad en las primeras situaciones que en las últimas.

Contracondicionamiento. Se puede asociar una situación que provoca la respuesta de ansiedad con una respuesta incompatible con ella (por ejemplo: relajación). Tras varias asociaciones, se producirá un aprendizaje, y la situación que antes provocaba ansiedad dejará de hacerlo, produciendo en su lugar la respuesta incompatible. Este aprendizaje será más fácil (rápido) con las situaciones de la jerarquía de ansiedad de menor intensidad.

Generalización. Cuando se asocia una respuesta a una situación, esta asociación se generalizará, de manera más o menos completa, a las distintas variaciones de esta situación. La generalización

será mayor cuanto más similar sea una situación a la original.

3.2. Selección y/o desarrollo de una respuesta incompatible con la ansiedad

En teoría cualquier respuesta que sea incompatible con la ansiedad se puede seleccionar, bien sea una que ya tiene la persona, bien desarrollar una nueva (pensar en otra cosa, meterse en la bañera o mirar fotos de una persona agradable). En la práctica interesa que sean respuestas que puedan provocarse fácil y rápidamente, mientras la situación o estímulo ansiógeno están presentes, a la vez que su efecto para reducir la ansiedad sea importante.

Aunque pueden utilizarse muchas respuestas incompatibles (autoaserción, respuestas emocionales positivas, imaginación, movimientos oculares...), la más utilizada ha sido la relajación (relajación diferencial, control de respiración...). Entre las ventajas de la relajación como respuesta incompatible están sus intensos efectos antiansiedad, la facilidad de aprendizaje y la facilidad y rapidez con que puede aplicarse en prácticamente cualquier situación de ansiedad. Si la persona dispone ya de algún procedimiento para relajarse que cumpla estas condiciones (eficacia, rapidez y facilidad de uso en cualquier situación de ansiedad), se utilizará ésta en el desarrollo de la DS. En caso contrario se utilizará alguno de los procedimientos de control de la activación abordados en capítulos anteriores.

No obstante, en algunas situaciones o con algunas personas, es más indicado el uso de respuestas incompatibles diferentes de la relajación. Por ejemplo, en niños pequeños es complicado desarrollar una relajación eficaz, por lo que puede ser más interesante usar imágenes emotivas positivas. Así, un niño de cinco años con miedo a la oscuridad puede utilizar como respuesta incompatible imaginarse que entra en una habitación oscura en la que está su héroe favorito o su padre... En un adulto con miedo a los ascensores, imaginarse que monta en un ascensor donde está a solas con la «persona de su vida»... En casos como los problemas de ansiedad social, más interesante que usar relajación es usar respuestas de autoaserción a fin de intervenir activamente en la interacción social. En algunos casos de disfunciones sexuales (falta de deseo, excitación, problemas de erección...), más interesante que la relajación es desarrollar respuestas de excitación sexual. Pero siempre hay que tener en cuenta que sean respuestas fáciles de provocar a voluntad, adecuadas en cualquier situación ansiógena y también que produzcan efectos de forma rápida e intensa.

3.3. Construcción de una jerarquía de ansiedad

Una jerarquía de ansiedad (JA) es una lista en la que se presentan las situaciones o estímulos generadores de ansiedad, organizados o escalados en función de la intensidad con que producen ese efecto. En la evaluación clínica previa se habrán detectado las principales situaciones de ansiedad; ahora hay que organizarlas y completarlas hasta construir una escala o jerarquía que incluya alrededor de 10-14 ítems o situaciones generadoras de ansiedad, graduadas según la intensidad con que la producen.

Los ítems que componen la jerarquía deben ser, como señalan Cruzado, Labrador y Muñoz (1993): realistas (pueden aparecer en condiciones más o menos habituales), concretos (debe consistir en una situación o escena precisa, incluyendo la mayor parte de detalles), relevantes para el problema (que realmente produzcan ansiedad y sean los más importantes), generados por el paciente (el terapeuta puede ayudar a la creación del ítem para que sea más adecuado, pero será el paciente el que indique y determine la situación a incluir en el ítem), deben estar cuantificados en función de la intensidad de la ansiedad que producen (por ejemplo desde 1: mínima ansiedad hasta 100: máxima ansiedad). Cada ítem consiste en una escena que contiene todas las características necesarias para generar el nivel de ansiedad deseado, al que se da un nombre o título.

Para crear los ítems, el procedimiento más habitual consiste en hacer una especie de tormenta de ideas en la que el paciente vaya señalando algunas situaciones o estímulos que le producen ansiedad.

Se toma nota de ellas (en tarjetas o una simple lista). A continuación se vuelve sobre cada una de estas situaciones para precisarla y conseguir que se adapte a las condiciones indicadas (realista, concreta, relevante...). Lo habitual es detenerse a componer una imagen completa y precisa, a modo de una fotografía, sobre cada una de las situaciones. Una vez establecida ésta, se procede a cuantificar su capacidad para producir ansiedad. Lo habitual es pedirle que valore en una escala de 1-100 *Unidades Subjetivas de Ansiedad* (USA) la intensidad de la ansiedad que esta escena le provoca. De esta forma, además de ordenar las situaciones de menos a más, permite identificar si hay mucha diferencia en cuanto a la capacidad para generar ansiedad entre una situación y la siguiente en la jerarquía. Es importante que la diferencia entre los ítems de la JA no sea muy grande (en una escala de 1 a 100 que no haya diferencias superiores a 15 USA o como mucho 20). Otra alternativa es trabajar con «anclajes». Se le pide al paciente el ítem que más ansiedad le causa y se valora con 100 USA. Luego uno muy bajo, alrededor de 10 USA. Luego se le pide uno intermedio (50 USA). Tras estos tres «anclajes» de referencia, se le pide alguno mayor de 10 pero menor de 50 USA y se va procediendo de esta forma, intercalando nuevos ítems entre los ya establecidos para ir completando la JA.

No suele ser habitual completar en una sola sesión la construcción de la JA. Identificados y cuantificados los primeros ítems, suelen quedar huecos o saltos importantes entre los ítems, bien porque no se han considerado o incluido algunos aspectos relevantes, bien porque hay mucha distancia de unos ítems a otros. Habrá que ir incluyendo nuevos ítems que permitan completar la JA. La forma de proceder habitual suele ser encargar al paciente que realice en su casa una nueva jerarquía de forma similar a como lo hizo en la consulta. En la siguiente sesión, basándose en la jerarquía inicial y en la elaborada por el paciente en su casa, se construye ya la jerarquía definitiva.

Algunas veces se señalan problemas para la construcción de la JA. Uno habitual es que el paciente se queje de su escasa capacidad o habilidad para precisar la intensidad de la ansiedad en USA que le produce una determinada situación. Hay que tranquilizarle señalando que es normal, pues es la primera vez que lo hace, pero que con la práctica le será más fácil hacerlo. Además, estas valoraciones no tienen que ser definitivas, se pueden modificar siempre que parezca oportuno. En algunos casos puede ser útil ayudarse de las respuestas psicofisiológicas o realizar un test conductual (constatar hasta qué punto es capaz el cliente de acercarse al objeto o situación fóbica) para establecer la jerarquía. Hay que recordar, no obstante, que no siempre correlacionan los tres componentes de la ansiedad, fisiológico, motor y cognitivo, por lo que lo fundamental es dar especial relevancia a aquella dimensión de la ansiedad más implicada en la ansiedad de la persona. Así, si una persona con miedo a montar en avión presenta intensas respuestas fisiológicas pero monta, se dará especial relevancia a las respuestas fisiológicas y menos a las conductuales. Si no monta en avión, aunque tenga pocas respuestas fisiológicas, serán de especial relevancia las respuestas conductuales. Otras alternativas, no necesariamente incompatibles, pueden ser construir la jerarquía de ansiedad atendiendo a gradientes temporales (tiempo que falta para que llegue la situación temida), espaciales (distancia hasta la situación o estímulo temido), de intensidad o número de estímulos temidos presentes (por ejemplo: número de personas presentes y calidad de éstas).

Una JA suele tener 10-15 ítems. Generalmente las fobias que son muy específicas requieren menos ítems (por ejemplo: miedo a animales), mientras que problemas más complejos requieren jerarquías más amplias (por ejemplo: miedo a estar solo, a evaluaciones negativas de otros, miedo a la muerte, etc.). Deben comenzar su ordenación por un valor muy débil, 5 USA o menos, y terminar en el 100, sin haber diferencias entre ellos de más de 15 USA. Si existiesen diferencias mayores, deben buscarse situaciones intermedias. Si se dispone de ítems con el mismo o muy similar nivel, se elige uno de ellos como representativo de ese escalón y se reservan los demás para ensayos de sobreaprendizaje y generalización que pueden intercalarse a lo largo de las sesiones. Se pueden hacer tantas JA como situaciones problema convenga dominar, o, si son situaciones

próximas, establecer una jerarquía combinada que las incluya.

En las tablas 9.2 y 9.3 se puede ver dos ejemplos de JA.

Jerarquías de ansiedad «imaginarias» y jerarquías de ansiedad «reales». Hay dos tipos fundamentales de JA, atendiendo a la forma en que se van a presentar los estímulos. En algunos casos los estímulos pueden presentarse de forma real o «en vivo» (por ejemplo: en un caso de miedo a montar en coche, los estímulos escalonados en la jerarquía incluyen en algún momento que la persona se acerque al coche, entre en él e incluso comience a conducir...). En otros casos los estímulos se presentan sólo de forma imaginaria (por ejemplo: miedo a las tormentas, y los ítems consisten en que la persona se imagine diversas escenas de tormenta). Desde un punto de vista teórico, siempre será mejor que la presentación de los estímulos sea en vivo, pues en el caso de que sean imaginarios es necesario que se generalice, posteriormente, la reducción de la ansiedad de los estímulos imaginarios a los estímulos reales. Pero si se consideran, además de los aspectos teóricos, los prácticos o técnicos, la elección no es tan clara. Ambas formas de presentación tienen sus ventajas e inconvenientes.

Lo primero es constatar si las situaciones incluidas en la jerarquía producen la ansiedad que se señala cuando se presentan los estímulos de forma imaginaria o sólo cuando aparecen físicamente (en vivo). Sólo en el caso primero será necesario tener que optar por una u otra. En otros casos es imposible organizar la presentación de los ítems de acuerdo con lo más conveniente en la jerarquía. Por ejemplo, en una jerarquía para miedo a las tormentas es imposible que sea «en vivo», pues es impensable que aparezca una tormenta tal como se desea y con la graduación

TABLA 9.2

JA en un caso de fobia a las cucarachas

Ítem	USA	Situación
1.°	5	En invierno de noche subo las escaleras de casa y pienso que dentro puede haber una cucaracha.
2.°	10	Veo una cucaracha muerta en la calle.
3.°	20	Veo una colección de insectos en la que hay una cucaracha grande y negra.
4.°	30	Estoy en la escalera de la casa de un amigo y, al encender la luz, veo tres cucarachas corriendo.
5.°	45	Veo una cucaracha pequeña en el cuarto de baño que corre despacio.
6.°	55	Antes de entrar en el portal, pienso que puedo encontrarme una cucaracha en la puerta de mi casa.
7.°	65	Veo una cucaracha saliendo de la pila de la cocina, de día.
8.°	75	Veo salir una cucaracha de día, a 30 centímetros de mí.
9.°	80	Oigo un ruido por la noche, enciendo la luz y veo que es una cucaracha grande que corre por la pared.
10.°	90	Estoy intentando matar una cucaracha en mi habitación. Corre y se mete debajo de la cama.
11.°	95	Acostada en la cama una cucaracha viva grande y negra corre por la colcha.

TABLA 9.3

Ejemplo de JA para un atleta de medio fondo con altas respuestas de ansiedad ante competiciones importantes

Jerarquía de ansiedad para un atleta con ansiedad ante las competiciones importantes
1. Faltan 15 días para el campeonato y pienso que quizá no llegue en buena forma (10 USA).
2. Estoy entrenando la semana del campeonato y pienso que no estoy completamente bien (15 USA).
3. He acabado el último entrenamiento antes de hacer el viaje y no me he encontrado suficientemente rápido (25 USA).
4. Me junto con el resto del equipo para hacer el viaje y comenzamos a hablar de nuestras posibilidades en el campeonato (30 USA).
5. Llegamos a la ciudad donde se va a desarrollar el campeonato y me encuentro con algunos de mis rivales (40 USA).
6. Al levantarme el día de la primera prueba y bajar a desayunar con mis compañeros, bromeamos respecto a las pruebas (50 USA).
7. Estoy pensando, antes de bajar a la pista, en cómo me interesa llevar la carrera (60 USA).
8. Bajo hacia el estadio para participar (65 USA).
9. Estoy calentando con un compañero (75 USA).
10. Es la hora de comenzar el calentamiento y me encuentro pesado (80 USA).
11. La noche anterior a la prueba no consigo dormirme y pienso en que estaré muy mal al día siguiente (90 USA).
12. Veo que está calentando también uno que me ha ganado ya varias veces (95 USA).
13. Oigo la primera llamada para la prueba (95 USA).
14. Ya estamos a las órdenes del juez colocándonos para la salida (100 USA).

de intensidad requerida. En general, frente a las ventajas de una mejor y más segura generalización de los efectos en la desensibilización real, dado que la reducción de la ansiedad se produce en la propia situación real, está la mayor facilidad y flexibilidad a la hora de la aplicación técnica de la desensibilización imaginaria, pues se puede incluir cualquier tipo de ítem en el momento que se desee, se puede disponer de la respuesta incompatible que se desee, se puede secuenciar la presentación de acuerdo con una rigurosa intensidad de los ítems y se puede llevar a cabo en la propia consulta o en la casa del paciente.

En cada caso habrá que establecer qué es lo que más compensa y, si es posible, escoger aquella que se adecue más a la situación. Una consideración adicional a la hora de elegir es la de si lo que se desea es reducir simplemente la respuesta de ansiedad, sin que la persona tenga que llevar a cabo alguna conducta motora (por ejemplo, ante el miedo a las tormentas, basta con que deje de dar respuesta de ansiedad, no tiene que hacer nada), frente a las situaciones que requieren la realización de conductas motoras por parte del paciente. Por ejemplo, ante el miedo a conducir un coche no se requiere sólo que se reduzca la ansiedad, sino que lleve a cabo una conducta: montar y conducir el coche. En estos casos en que se requiere una conducta motora, es preferible el uso de la DS real.

A partir de ahora la exposición continuará considerando que se realizará una DS imaginaria, señalando las diferencias de la DS real en el apartado de variaciones de la DS.

3.4. Entrenamiento en imaginación

Antes de proceder a la aplicación de la DS imaginaria, es necesario comprobar tres aspectos:

a) Que el paciente es capaz de imaginar con viveza y realismo las situaciones que incluye cada ítem.
b) Que las situaciones así imaginadas producen la ansiedad especificada.

c) Que el mero hecho de imaginar no produce ya ansiedad.

Para los puntos *a* y *b*, se le pide al paciente que imagine uno de los ítems (de baja intensidad, mejor). Un vez imaginado, se le piden detalles (por ejemplo: cómo va vestido, si hace sol, con quién está, de qué color es la casa próxima, etc.). Es decir, se le ayuda a crear escenas muy específicas y realistas. En algunos casos la escena imaginada es pobre, poco realista, o incluso algunos dicen que les «falta imaginación». Son problemas habituales pero de fácil solución.

El entrenamiento en imaginación se basa en pasar de recordar escenas concretas reales a desarrollar escenas concretas imaginadas. Para ello se le pide a la persona que identifique lo que hay en la habitación para que luego, con los ojos cerrados, trate de describirlo minuciosamente (cómo va vestido el psicólogo, qué hay sobre la mesa...). Después que «recuerde» una escena reciente, como el desayuno de la mañana, también de forma muy minuciosa (cómo está vestido, a qué sabe el café...). Después se le piden modificaciones específicas en la escena (imaginarse con otra ropa, que está con un amigo...). Posteriormente se van incluyendo en un «recuerdo» variaciones cada vez más importantes hasta crear escenas completamente distintas. A continuación se abordan las escenas de los ítems de la JA con esta misma estrategia de detallar de forma muy minuciosa, pidiéndole en cada momento el nivel de ansiedad producido. Caso de que no corresponda al valor del ítem, habrá que incluir o retirar algunos de los estímulos hasta que el nivel de ansiedad sea el deseado para ese ítem.

Para el punto *c*, se le pide que imagine alguna escena neutra, por ejemplo que está sentado en su casa viendo la televisión, y que indique si aparece ansiedad. Si el mero hecho de imaginar, aunque sean escenas neutras, ya produce ansiedad, esto puede dificultar el desarrollo de la DS imaginaria, debiendo considerarse la posibilidad de utilizar otra técnica.

Una vez que se ha conseguido que el paciente imagine correctamente los ítems, que éstos provocan la ansiedad especificada y que no produce problema el mero hecho de imaginar, se pasa a la aplicación de la DS imaginaria.

3.5. Proceso de desensibilización imaginaria

Tras disponer de una respuesta incompatible y la jerarquía de ansiedad, se procede a la aplicación de la DS, que consiste en ir presentando los estímulos de la jerarquía cuando el sujeto está bajo los efectos de la respuesta incompatible. El objetivo es que esos estímulos al asociarse con la respuesta incompatible, dejen de producir la antigua respuesta de ansiedad.

Se expondrá el modo de proceder considerando que la respuesta incompatible a utilizar es la relajación y que la presentación de los ítems se hará de forma imaginaria.

3.5.1. *Inicio de la respuesta incompatible*

Se le pide al sujeto que se tumbe en el sillón, con los ojos cerrados, y que trate de desarrollar la relajación que ha aprendido, pidiéndole que haga una ligera indicación (por ejemplo levantar brevemente el dedo índice de la mano derecha) cuando se encuentre relajado.

3.5.2. *Presentación del primer ítem*

Tras la señal de estar relajado, se procede a presentar el primer ítem de la jerarquía (o el primero que corresponda ese día si no es la primera sesión). Se le dice el título acordado y se le pide que imagine con la máxima nitidez posible la escena correspondiente. Previamente se la ha indicado que haga un gesto (puede ser el mismo, levantar el índice) si al imaginar el ítem aparece la ansiedad (por ejemplo un valor superior a 10 en una escala de 0-100 USA). Si señala ansiedad (elevación del índice) al imaginar el ítem, se le indica que deje inmediatamente de pensar en ese ítem y vuelva a centrarse en la relajación. Si no señala ansiedad, se le mantiene imaginando el ítem durante unos segundos (15-20 segundos), finalizados los cuales se le indica que vuelva a

centrarse en la relajación para que recupere el máximo valor de esta respuesta incompatible cara a la siguiente presentación. Tras centrarse en la relajación unos segundos (40-50 pueden ser suficientes), se procede a presentar de nuevo el mismo ítem. Las condiciones son las mismas: si señala ansiedad se hace que deje de imaginarlo y en caso contrario se mantiene unos segundos. Esta segunda vez es preferible mantenerle unos segundos más, 25-30 segundos. Finalizado ese tiempo, se vuelve a relajación y después se presenta por tercera vez el ítem, en las mismas condiciones, salvo que su duración es preferible que sea más larga (unos 50-60 segundos o incluso más).

De esta forma el esquema de la sesión será: RELAJACIÓN / PRESENTACIÓN-ÍTEM / PAUSA-RELAJACIÓN / PRESENTACIÓN-ÍTEM / PAUSA-RELAJACIÓN...

El tiempo dedicado a la relajación debe ser al menos de 30-45 segundos, pudiendo alargarse especialmente en los casos en los que la presentación anterior del ítem produjo ansiedad. El período de tiempo de la presentación del ítem puede oscilar bastante, y si bien lo más frecuente es utilizar períodos entre 10-30 segundos, no es raro el uso de períodos superiores incluso a los 90 segundos. La propuesta aquí formulada se basa en partir de períodos de presentación breves (15-20 segundos) y, si no aparece ansiedad, irlos aumentando en las presentaciones sucesivas (30 segundos, 50-60 segundos). Caso de que aparezca ansiedad, no conviene aumentar en los siguientes el tiempo de exposición hasta que no se ha conseguido un ensayo sin ansiedad.

Se debe presentar varias veces un ítem hasta considerar que está desensibilizado. Un criterio orientativo puede ser el de que no haya producido ansiedad al sujeto en tres presentaciones consecutivas. En este sentido un esquema adecuado de la sesión sería, si la + señala que la presentación del ítem produjo ansiedad:

Ítem 1.°: 1+, 2, 3+, 4, 5, 6.
Ítem 2.°: 1, 2, 3.
Ítem 3.°: 1+, 2+, 3, 4, 5.
Ítem 4.°: 1+, 2, 3, 4.

3.5.3. *Presentación de ítems siguientes*

Tras una presentación consecutiva del ítem tres veces sin que haya aparecido ansiedad, se considera ese ítem desensibilizado y se pasa al siguiente. Conviene alargar un poco el tiempo de relajación e incluso insistir un poco en ella antes de proceder a presentar por primera vez el siguiente ítem, con el objetivo de que la respuesta incompatible tenga la mayor intensidad.

A lo largo de una sesión tipo (30-45 minutos reales en DS), se suele desensibilizar tres o cuatro ítems, aunque depende mucho de la dinámica de cada sesión. Finalizado el trabajo de DS, se saca al sujeto de la relajación, se comentan los aspectos relevantes de la sesión y se establecen las tareas para casa. En la sesión siguiente conviene constatar que los últimos ítems trabajados en la sesión anterior siguen desensibilizados. Para ello lo habitual es comenzar la nueva sesión de DS presentando el último ítem (en casos excepcionales se pueden tomar los dos últimos) de la sesión anterior. Si no produce ansiedad en la primera presentación, se puede progresar, sin repetirlo, al siguiente ítem de la jerarquía. Si produce ansiedad, hay que seguir la misma dinámica de cualquier ítem que produce ansiedad. Lo habitual es que en cuatro o cinco sesiones se haya completado la aplicación de la DS.

Para facilitar la generalización es conveniente diseñar tareas a realizar fuera de la sesión que impliquen la exposición a los estímulos ansiógenos. Sin embargo, el sujeto sólo ha de exponerse a estímulos de nivel jerárquico inferior a los que ya se han desensibilizado en la sesión clínica. Como criterio de referencia puede servir el que se exponga a situaciones reales que correspondan a las de dos ítems menos que los desensiblizados. Es decir, si se desensibilizó hasta el ítem seis, que se exponga a situaciones reales similares a las del ítem cuatro. De esta forma se asegura que no haya problemas y que los efectos de la DS imaginaria se generalicen a la vida real. Si se expusiera al paciente a estímulos de mayor intensidad, puede recondicionarse el miedo y retroceder en la progresión del tratamiento. Sólo se deben indicar estas tareas cuando el sujeto haya llegado a niveles medios o altos en la desensibilización, pero si

no se está seguro de que las situaciones a que se expondrá el sujeto no excederán el nivel de ansiedad fijado, es mejor no llevar a cabo las actividades en vivo hasta completar la jerarquía en imaginación.

En la figura 9.1 se exponen de forma resumida las condiciones de aplicación de la DS.

3.5.4. *Problemas con un ítem*

En algunos casos, la presentación reiterada del ítem no produce la reducción de ansiedad. Si se ha presentado ya cuatro veces consecutivas el mismo ítem y en todas las ocasiones la persona ha informado de ansiedad, hay un problema. Lo que debe hacerse en ese momento es, tras volver a relajación, presentar el ítem anterior, que seguro no produce ansiedad, y luego poner fin a la DS. A continuación se aborda con el paciente qué es lo que está pasando. Lo más habitual es que la distancia entre este ítem y el anterior sea demasiado grande y haya que incluir un nuevo ítem con un valor intermedio. En otros casos puede ser necesario llevar a cabo una reorganización más amplia de la jerarquía. En otros es posible que lo que está imaginando el paciente no corresponda a la escena adecuada, por lo que la respuesta de ansiedad es diferente a la estimada; habrá entonces que volver a fijar la escena adecuada. En otro puede ser que el sujeto se haya desconcentrado o esté afectado por algún problema momentáneo; si es así bastará con reconducir la atención. En todos los casos, una vez solucionado el problema, se puede volver a la realización de la DS incluso en la misma sesión.

4. VARIACIONES DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

De acuerdo con la terminología de Wolpe (1990), se puede hablar de variaciones técnicas de la DS al referirse a ciertas modificaciones a la hora de llevar a cabo su aplicación. Algunas han sido propuestas por el propio Wolpe; otras son desarrollos posteriores.

4.1. Desensibilización sistemática real

Como alternativa a la DS imaginaria (DS-I), la DS real (DS-R) implica la presentación de los ítems de forma real «en vivo». El procedimiento para desarrollar la DS real, por lo demás, sigue los mismos pasos que la DS imaginaria, presentar los estímulos de la jerarquía mientras está presente una respuesta incompatible que imposibilite la aparición de ansiedad. La ventaja de la DS real es que la reducción de la ansiedad se produce ante el estímulo real; por ello habitualmente se aconseja su uso frente a la imaginaria. Pero también hay algunos problemas. El primero es conseguir una jerarquización adecuada de los ítems, pues es más difícil una graduación adecuada de éstos. Incluso en casos sencillos como una fobia animal, es complicado poder disponer situaciones en las que estén controlados todos los estímulos de forma que se pueda precisar el nivel de ansiedad. También con respecto al desarrollo de la respuesta alternativa suele haber más dificultades; no es lo mismo desarrollar la respuesta de relajación sentados en un sillón que estando en un parque o en una situación laboral.

Los trabajos que se han desarrollado para comparar si es más eficaz la DS-R o la DS-I no parecen encontrar diferencias sistemáticas; parece que ventajas e inconvenientes se equilibran, de forma que la decisión de optar por desarrollar una u otra con frecuencia descansa en la consideración del terapeuta sobre la idoneidad de una u otra en cada caso. Tampoco es una mala idea utilizar de forma conjunta ambos tipos, primero DS-I y después DS-R.

4.2. Desensibilización sistemática en grupo

Implica la aplicación de la DS a un grupo de pacientes, relativamente reducido (cuatro o seis), a la vez. Para ello han de compartir el mismo problema de ansiedad y el terapeuta debe lograr una JA con la que se identifiquen todos. Se indica a cada persona que si el ítem le causa ansiedad debe indicarlo (para el control del terapeuta) e inmediatamente pasar a relajación. El ritmo de la presentación se adecuará al que avance más lentamente del grupo (Morris, 1986).

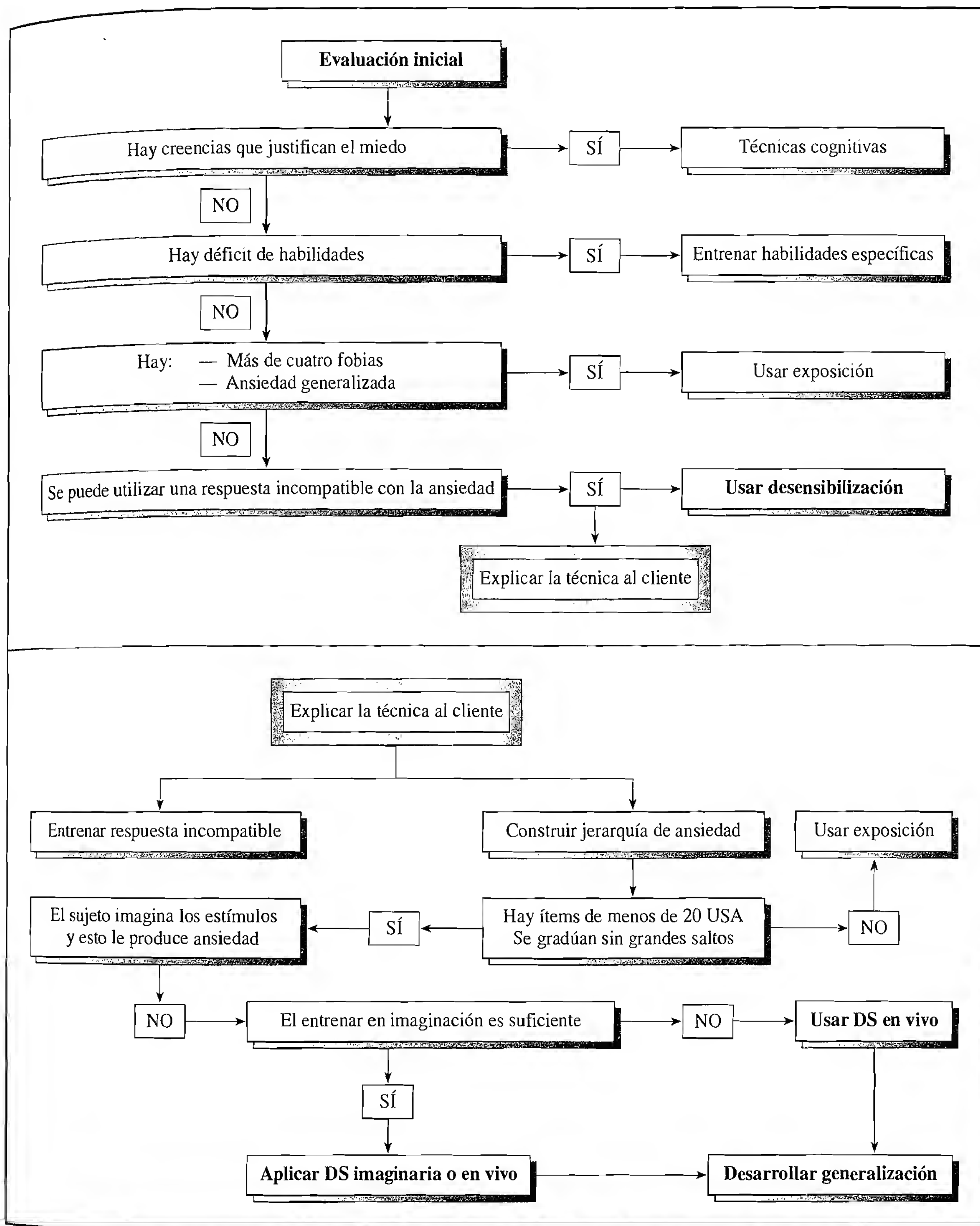


Figura 9.1.—Condiciones y procedimiento de aplicación de la desensibilización.

Aunque el procedimiento implica una aplicación menos individualizada, sin embargo los resultados obtenidos con frecuencia han sido muy positivos (Oesterhouse, 1981; Wolpe, 1990), con la ventaja adicional de la reducción del tiempo y consiguiente economía de costos. Esto llama la atención sobre la importancia real de una JA con una graduación «perfecta» en esta misma variación se podrían considerar aquellos «tratamientos estándares con DS» en los que se comercializa una JA para un miedo frecuente (por ejemplo: miedo a las ratas) que cada apersona puede aplicarse de forma individualizada. La variación es similar, pues se usa una jerarquía de ansiedad estándar aunque cada sujeto se exponga de manera individual a ella. Una variación de este método es la llamada «desensibilización grupal vicaria» (Morris, 1986), en la que el cliente observa vídeos de personas que llevan a cabo la desensibilización de los mismos miedos que él presenta.

4.3. Desensibilización sistemática automatizada

El procedimiento consiste en, tras realizar el análisis conductual y establecer la jerarquía de ansiedad específica para el sujeto en cuestión, grabarle en cinta magnetofónica las sesiones de DS propiamente dicha. En estas grabaciones se incluyen tanto las instrucciones para ayudar a relajarse como la presentación de los ítems. También se han obtenido en algunos casos resultados positivos, pues si bien la adecuación de la sesión pregrabada a la marcha del procedimiento es menor y exige además alguna complicación técnica (manipular un aparato para el comienzo de los ítems y su final), presenta la ventaja de que el cliente puede autoaplicarse la exposición a los ítems de la jerarquía con mucha mayor frecuencia (Chandler, Burck y Sampson, 1986; Migler y Wolpe, 1967; Morris y Suckerman, 1974). Aunque la propuesta inicial de Wolpe suponía una compleja instrumentación, los nuevos desarrollos tecnológicos han facilitado mucho su aplicación.

4.4. Desensibilización sistemática enriquecida

Implica ayudar al cliente a imaginar las escenas de forma más vívida, mediante la presentación de otros estímulos preponderantemente físicos, como ruidos, olores o dramatizaciones de la situación... Es un tanto artificioso, pero puede servir de ayuda en algunos casos en los que no pueda llevarse a cabo una DS real, aunque la presentación de los estímulos de forma imaginaria no produzca ansiedad o dificulte a la persona concentrarse en ellos. Por ejemplo, se pueden utilizar sonidos de tormenta como estímulos de ayuda para que el paciente identifique mejor la situación en una presentación imaginaria y ésta produzca ansiedad.

4.5. Desensibilización por contacto (modelado participativo)

En este caso, a diferencia de la DS normal, el paciente se expone a la situación ansiógena que le corresponda según la JA, pero lo hace en compañía del terapeuta (o coterapeuta), que funciona como modelo exponiéndose a los estímulos ansiógenos antes que el sujeto, quien lo realizará a continuación. La participación del terapeuta es muy activa, incluso puede ayudar al sujeto a exponerse guiándole físicamente (coge la mano del paciente mientras toca al perro que éste es incapaz de tocar...). Gradualmente el terapeuta va retirándose hasta que el paciente puede exponerse por sí mismo a los estímulos sin su presencia. En realidad es un procedimiento a medio camino entre la DS y el modelado.

4.6. Desensibilización por medio de movimientos oculares

Este método, desarrollado por Shapiro (1995, 2002) inicialmente para el tratamiento del TEPT, es uno de los procedimientos considerados empíricamente validados por el APA (Chambles et al., 1998) para el trastorno de estrés postraumático. La varia-

ción principal es el uso como respuesta incompatible de movimientos sacádicos de los ojos.

Para presentar la JA, el terapeuta indica al cliente que visualice el ítem correspondiente. Una vez visualizado con claridad y manteniendo esa visualización, el cliente, con los ojos abiertos y la cabeza inmóvil, sigue con los ojos los movimientos horizontales de un objeto, un lápiz o el dedo del terapeuta, colocado a unos 30 centímetros. El desplazamiento del objeto se ha de realizar con rapidez (unos dos movimientos de derecha-izquierda y viceversa por segundo), llegando en cada lado hasta cerca del extremo del campo visual del cliente (desplazamientos de 40-50 centímetros). Este desplazamiento se repite varias veces: entre 12 y 24 según Wolpe (1990) y entre 10 y 40 según Marquis (1991). Al finalizar esta secuencia, se pregunta el nivel de ansiedad que experimenta en ese momento el sujeto respecto al ítem presente y se pasa al período de descanso entre presentaciones. Lo mismo que en el caso de la DS ortodoxa, se espera que la ansiedad comience a disminuir tras la primera presentación. Si se han llevado a cabo tres ensayos sin resultados positivos, conviene cuestionarse por qué no se está obteniendo eficacia y obrar en consecuencia. Cuando la respuesta ha bajado a cero, se señala la conveniencia de asociar un pensamiento positivo con una o más series de movimientos oculares.

Se ha informado reiteradamente de la eficacia de esta técnica, tanto en TEP como en otros problemas (Marquis, 1991; Wolpe, 1990; Wolpe y Abrams, 1991), aunque las bases teóricas formuladas por Shapiro no parecen poder explicar el proceso subyacente.

4.7. Desensibilización mediante realidad virtual

Basándose en los nuevos desarrollos informáticos, la construcción de una situación estimular con todo realismo posibilitaría, al menos en teoría, que pudiera presentarse el tipo de estímulo que conviene de acuerdo con la jerarquía de ansiedad. No habría limitaciones prácticas a qué puede incluirse en cada ítem, se podría incluir lo que fuera más conveniente para cada caso. El procedimiento es similar al de la DS imaginaria, pero además incluiría toda la estimulación necesaria para que el sujeto realmente se encontrara inmerso «en vivo» en dicha situación. El realismo de la presentación estaría próximo al de la presentación real; por otro lado las posibilidades de adaptación reunirían las ventajas de la presentación imaginaria (Botella, Baños y Perpiñá, 2000; North y North, 2002). Aunque las ventajas son evidentes, algunos inconvenientes no son despreciables, entre ellos lo difícil y costoso de crear los escenarios, los costos del propio equipo y la necesidad de entrenamiento en su manejo. Esto y algunas razones más hacen que de momento no sea una alternativa de uso habitual, sino más reducida a ámbitos de investigación.

5. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

La DS es un tratamiento adecuado para la eliminación de miedos, trastornos fóbicos y ansiedades cuando se cumplen una serie de condiciones (véase la figura 9.1):

- Que sean respuestas condicionadas a situaciones o estímulos específicos (frente a la ansiedad difusa o generalizada, para la que la técnica no estaría indicada).
- Que no se deban a creencias irracionales o ideas sobrevaloradas, en cuyo caso sería preciso aplicar previamente técnicas específicas para modificar esas creencias o ideas. Así, el paciente que tiene miedo a las serpientes porque piensa que son animales de mal agüero y que su presencia siempre es predictora de alguna desgracia no se beneficiará de la DS a menos que se lleve a cabo previamente una intervención específica sobre esas creencias.
- Que se trate de un miedo irracional, esto es, que no exista riesgo real o la persona tenga habilidades suficientes para hacer frente a la situación. Si, por ejemplo, la persona presenta un miedo intenso a las conversaciones con personas del otro sexo, será preciso valorar si dispone de habilidades adecuadas para ese tipo de conversaciones. Si no posee esas ha-

bilidades, habrá que entrenarlas previamente, ya que de lo contrario al exponerse la persona a las situaciones puede condicionarse de nuevo la ansiedad.
— Que la persona tenga un número reducido de miedos o fobias (no más de cuatro).
— Que exista una adecuada respuesta incompatible que se pueda instaurar.
— Que la persona pueda imaginar escenas, cuando se trata de DS imaginaria.

La DS está especialmente indicada en casos de miedo y trastornos fóbicos, pero también en todos aquellos casos en los que aparezca ansiedad condicionada a estímulos específicos, como puede ocurrir en disfunciones sexuales, parafilias, insomnio, alcoholismo y otras adicciones. También se utiliza en pacientes de cáncer que presentan respuestas condicionadas a los tratamientos (por ejemplo: náuseas o vómitos condicionados tras un tratamiento con quimioterapia), en asmáticos para reducir el miedo ante las crisis o en pacientes con trastornos de la alimentación para reducir el miedo al incremento de peso y a la comida, entre otros. En buena parte de estos casos la DS forma parte de paquetes de tratamiento más amplios.

Los datos sobre la eficacia de la técnica se basan fundamentalmente en estudios de caso, o bien en estudios experimentales de grupo realizados con análogos (fundamentalmente con estudiantes con altas puntuaciones en cuestionarios de miedos) que limitan la generalización de los resultados a pacientes con fobias clínicas. Son menos habituales los estudios experimentales con poblaciones clínicas, los cuales, cuando se han aplicado, han tendido a utilizar grupos pequeños y sin grupos de control adecuados.

No obstante, y teniendo en cuenta esas consideraciones, en general los datos disponibles ponen de manifiesto la eficacia de la DS en la reducción de miedos específicos, siempre que se cumplan sus condiciones de aplicación. Además, es un método que es bien aceptado por los pacientes (al contrario de lo que sucede con otras técnicas de exposición), que posee validez aparente y que tiene costes reducidos. De hecho la DS aparece en los listados de la Asociación Psicológica Americana (APA) entre los tratamientos probablemente eficaces para las fobias a los animales (Kirsch et al., 1983; Öst, 1978), para la ansiedad a hablar en público (Paul, 1966; Woy y Efran, 1972) y para la ansiedad social (Paul y Shannon, 1966).

En uno de los trabajos más citados sobre la eficacia de la DS y que cuenta con una metodología más rigurosa, Paul (1966) mostró la eficacia de esta técnica para el tratamiento de la ansiedad ante la evaluación social, comparándola con tres condiciones de control: grupo control sin tratamiento, atención placebo y psicoterapia orientada hacia la comprensión del problema. Los datos indican una mejoría importante de las personas que fueron asignadas al grupo de DS, así como la superioridad del grupo al que se aplicó esta técnica frente a los otros grupos en medidas fisiológicas, cognitivas y conductuales de ansiedad. Además, los datos del seguimiento realizado al cabo de dos años mostraron que las personas tratadas con DS mantenían la mejoría terapéutica obtenida sin que hubiera ningún tipo de sustitución de síntomas.

6. EJEMPLO DE UTILIZACIÓN

Jerónimo es un abogado de 30 años, distinguido y con una buena posición. Su problema consiste en la imposibilidad que manifiesta para realizar el coito, que se ha visto agravada recientemente ya que hace ocho meses que se casó y todavía no ha «consumado» su matrimonio. Describe este problema como miedo intenso a desgarrarse el pene si intenta llevar a cabo una penetración, por lo que jamás lo ha intentado.

Educado en una familia de elevado nivel cultural y económico, nunca ha recibido información sexual y él tampoco se ha preocupado mucho por adquirirla; nunca ha leído ningún libro sobre sexualidad.

Sus primeras experiencias sexuales consistieron en episodios de masturbación en solitario. Hace casi ocho años comenzó a «salir» con regularidad con Verónica, la mujer con la que se ha casado hace unos meses. Durante esos años reconocen no haber dado importancia a los aspectos sexuales, reduciéndose sus interacciones a un par de episodios de ca-

ricias muy esporádicos. Aunque él ya era consciente de su problema, la falta de condiciones y el escaso interés, al menos aparente, tanto de él como de su pareja por llevar a cabo interacciones sexuales que implicaran penetración han hecho que no prestara mucha atención a éste. Después de las primeras experiencias negativas tras su boda, ambos comenzaron a preocuparse, si bien esperaban que con el tiempo se pasaría su problema. No obstante, dado que no se aprecia ninguna mejoría, han comenzado a preocuparse tanto por el problema en sí como por las limitaciones que conlleva para poder tener niños. En la actualidad llevan a cabo algunos episodios de caricias, si bien no muy frecuentes y cada vez más espaciados. No tiene problemas en conseguir una erección (con frecuencia tiene erecciones al despertar por las mañanas), si bien, cuando piensa en la penetración o intenta realizarla, pierde casi completamente la erección. Jerónimo asocia su problema a la operación de fimosis que se le practicó hacia los 18 años. Para él fue muy traumatizante, pues la estuvo viendo y piensa que se excedieron mucho al cortar el prepucio, por lo que considera que al menor esfuerzo puede desgarrarse. No ha conseguido aún llevar a cabo ninguna penetración; de hecho ni siquiera permite que su mujer le toque el pene. Por otro lado, en solitario, lleva a cabo conductas de autoestimulación, varias veces por semana, consiguiendo placer y eyaculación sin problemas.

Por lo que respecta a Verónica, su formación sexual es tan escasa como la de él y considera normal que durante su noviazgo no tuvieran relaciones sexuales «completas», y aunque piensa que la forma de comportarse de Jerónimo es un problema, estima que su relación afectiva es muy positiva y que de no ser por el problema de no tener niños no le daría mucha importancia.

En este caso se ha utilizado la DS imaginaria en las fases iniciales del tratamiento para conseguir que Jerónimo perdiera el miedo a ser tocado en el pene y la ansiedad en general a situaciones de interacción sexual (véase la tabla 9.5). Tras la DS imaginaria, se

TABLA 9.4

Objetivos	Técnicas
1. **Educación sexual**	— Lecturas y discusión en sesión con ambos.
2. **Control de respuestas de miedo/ ansiedad a la interacción**	— Focalización sensorial. — Detención de pensamiento. — Desensibilización imaginaria en clínica. — Focalización sensorial y sexual en casa.
3. **Desarrollo de respuestas y habilidades sexuales en ambos**	— Modificar rutinas de interacción en pareja. — Preparación para el orgasmo en él: recondicionamiento del orgasmo. — Preparación para el orgasmo en ella: ejercicios de Kegel. — Progreso en la focalización genital.
4. **Progresión hacia el coito**	— Intento de orgasmo de él ante su pareja. — Provocar el orgasmo en él con estimulación externa por su pareja. — Paso progresivo a penetración. — Penetración. — Penetración con movimiento.
5. **Seguimiento**	Tres y seis meses: — Se mantienen las ganancias. — Informan de una vida sexual muy agradable.

TABLA 9.5

Jerarquía de ansiedad para el caso de Jerónimo

Jerarquía de ansiedad
1. Tumbado de espaldas, Verónica sentada sobre mis muslos sin erección (10).
2. Inicio de la estimulación por Verónica, tumbados en la cama (15).
3. Estando en erección, Verónica me coge el pene (25).
4. Verónica comienza la interacción y pienso que voy a tener que llevar a cabo una penetración (30).
5. Estoy en erección y cojo mi pene para comenzar la penetración (35).
6. Noto un ligero dolor en el pene cuando Verónica me acaricia (40).
7. Momento de máxima intensidad de la estimulación por Verónica (50).
8. Pensar o ver el acto de la penetración (65).
9. Estar en erección y pensar que he de llevar a cabo la penetración (70).
10. Tumbado de espaldas con una erección importante y Verónica sentada sobre mis muslos para iniciar penetración (75).
11. Estoy en erección, vamos a comenzar la penetración y Verónica coge mi pene y comienza a acercarlo para iniciar la penetración (85).
12. Llevar a cabo la penetración (95).

completaban en casa los ejercicios con «focalización sensorial y después sexual», que en realidad corresponden a técnicas de exposición en vivo. Reducida la ansiedad, se continuaba con el tratamiento habitual de las disfunciones sexuales (Labrador y Roa, 1998).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Cruzado, J. A., Labrador, F. J. y Muñoz, M. (1993). Desensibilización sistemática. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* pp. 396-421. Madrid: Pirámide.

Revisión amplia de los aspectos más relevantes de la desensibilización sistemática, atendiendo a sus bases teóricas y conceptuales y, sobre todo, al procedimiento de aplicación de la técnica, que se ilustra con numerosos ejemplos que facilitan la lectura y clarifican la explicación. Incluye las principales variantes del procedimiento y datos sobre la eficacia de la técnica.

Labrador, F. J. (1998). Técnicas de control de la activación y desensibilización sistemática. En M. A. Vallejo (ed.), *Avances en modificación y terapia de conducta: técnicas de intervención,* pp. 175-212. Madrid: FUE.

Revisión de las consideraciones y variaciones más actuales sobre el procedimiento estándar de la desensibilización sistemática, incluyendo datos de las investigaciones más recientes. Entre las variaciones se ocupa especialmente de la desensibilización por medio del movimiento ocular, una de las técnicas más en auge en la actualidad.

Turner, R. M. (1991). La desensibilización sistemática. En V. E. Caballo (ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta,* pp. 183-215. Madrid: Siglo XXI.

Este capítulo ofrece una visión global y amplia de la técnica, incluyendo sus fundamentos conceptuales

y empíricos y el método de aplicación, detallado paso a paso y con abundantes ejemplificaciones. Asimismo recoge las principales variantes del procedimiento estándar, haciendo énfasis en la desensibilización en vivo, procedimiento que se describe detalladamente con la ayuda de un ejemplo de aplicación para un caso de fobia a los ascensores.

Wolpe, J. (1998). *Psicoterapia por inhibición recíproca,* 5.ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 1958).

El creador de la desensibilización sistemática examina las bases teóricas de la técnica y presenta diversos casos tratados mediante ella.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿En cuál de los siguientes tipos de fobias está especialmente indicado el uso de la DS real?:

   a) Fobia a las tormentas.
   b) Fobia a ir al colegio.
   c) Fobia a la oscuridad.

2. A la hora de establecer una jerarquía de ansiedad, lo más adecuado es basarse en:

   a) La información verbal del paciente en la clínica.
   b) Los cambios en las respuestas psicofisiológicas del paciente ante los estímulos relacionados, cuando está en relajación.
   c) Los datos más directamente relacionados con el componente principal del problema, sean fisiológicos o cognitivos.

3. Estamos aplicando una DS imaginaria. Acabamos de presentar el ítem 4.° por primera vez y, tras señalar que le produce ansiedad, le hemos indicado que vuelva a relajarse. ¿Qué debemos hacer en este momento?:

   a) Volver a presentar el ítem 4.°.
   b) Cortar la DS e introducir un ítem entre el ítem 3.° y el 4.°.
   c) Dejar el ítem 4.° y pasar a presentar el 3.°, que no le producía ansiedad.

4. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la DS real es incorrecta?:

   a) Si aparece ansiedad al presentar un ítem, debe ponerse fin a éste de forma inmediata.
   b) No es imprescindible que el sujeto sepa relajarse.
   c) La DS en imaginación está menos indicada ante problemas como fobia a conducir un coche.

5. Estamos intentando construir una jerarquía de ansiedad con un paciente. Tras construir una primera jerarquía en sesión clínica le indicamos que haga otra en su casa. En la siguiente sesión constatamos que la jerarquía que ha traído es totalmente diferente de la que creamos el primer día. Eso es señal inequívoca de que:

   a) En este caso no es adecuado el uso de la DS.
   b) Hay que establecer una jerarquía definitiva considerando los ítems de las dos jerarquías.
   c) Los ítems de la primera jerarquía no deben ser tenidos en cuenta.

6. Estamos realizando una DS y nos encontramos al principio de la 3.ª sesión. Concluimos la sesión anterior en el ítem 4.°, que dejó de producir ansiedad a la cuarta presentación. Lo adecuado sería:

   a) Comenzar esta sesión presentando el ítem 3.°.

b) Comenzar la sesión presentando el ítem 4.°.
c) Comenzar la sesión presentando el ítem 5.°.

7. Llevamos ya dos sesiones aplicando una DS imaginaria. Al ir a comenzar la quinta sesión, el paciente indica que los ítems 6 y 7, que eran los próximos a desensibilizar, ya no le producen apenas ansiedad, aunque un ítem anterior, el 4, ha aumentado su capacidad ansiógena volviendo a producirle problemas. En este caso debemos:

a) Continuar aplicando la jerarquía de ansiedad original sin dar importancia a estos comentarios, pues señalan oscilaciones lógicas.
b) Continuar con la jerarquía elaborada pero iniciar la sesión en el ítem 4 para redesensibilizarlo.
c) Reorganizar la jerarquía de ansiedad, pues es señal de que ha variado el valor real de los estímulos ansiógenos para el sujeto.

8. Wolpe señaló inicialmente que lo fundamental de la eficacia de la DS se debía a la presentación de los estímulos ansiógenos de manera gradual en conjunción con las respuestas incompatibles adecuadas. Actualmente se considera también importante para conseguir una adecuada eficacia terapéutica que:

a) Existan expectativas de ganancias terapéuticas.
b) Se produzca habituación de los estímulos ansiógenos.
c) Las dos alternativas anteriores son correctas.

9. L. M. tiene un fuerte temor a los perros que le impide acercarse a ellos, ya que cree que son espíritus malignos cuyo contacto podría poner en peligro su fe y su alma (con toda seguridad iría al infierno). Para tratar este miedo aplicamos:

a) DS en vivo.
b) DS en imaginación.
c) En relidad, la DS no estaría indicada en este caso como primera estrategia de intervención.

10. La suposición básica de la DS es que:

a) La ansiedad ante estímulos fóbicos se puede reducir o eliminar mediante la exposición a los estímulos temidos, al tiempo que se evoca una respuesta antagónica a la ansiedad.
b) La exposición, progresivamente de mayor duración, a estímulos provocadores de miedo puede desensibilizar al sujeto ante esos estímulos eliminando o reduciendo así la respuesta de ansiedad.
c) La exposición repetida a estímulos relajantes antagónicos a la respuesta de ansiedad permite desensibilizar al paciente ante estímulos fóbicos.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	c	a	c	b	a	c	c	c	a

Técnicas de exposición 10

ENRIQUE ECHEBURÚA
PAZ DE CORRAL
CARMEN ORTIZ

1. INTRODUCCIÓN

La terapia de exposición tiene una profunda raigambre biológica. Habituarse a los estímulos temidos facilita la adaptación a las diversas situaciones de la vida cotidiana. De hecho, muchas terapias (incluso no conductuales) y muchos programas educativos incluyen técnicas de exposición en su forma de actuación.

El objetivo de este capítulo es presentar los avances más recientes en la terapia de exposición. No ha habido en los últimos años grandes innovaciones en la técnica en sí misma. Los mayores desarrollos recientes han sido la incorporación de la tecnología (realidad virtual, exposición asistida por ordenador, etc.) y, especialmente, la aplicación de esta terapia, más allá de las fobias y del trastorno obsesivo-compulsivo, a cuadros clínicos muy diversos (trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, alcoholismo y dependencia de drogas, ludopatía, bulimia, etc.), bien en exclusiva, bien en combinación con otros enfoques terapéuticos.

Un reto de futuro es conseguir una motivación adecuada del paciente para un tratamiento que puede resultarle molesto inicialmente. Por ello, el establecimiento de un *entorno de seguridad*, en el marco de una alianza terapéutica apropiada, la graduación de las tareas y la obtención de un nivel atencional óptimo en las tareas de exposición son objetivos ineludibles para superar las resistencias iniciales del paciente. Asimismo, una cuestión terapéutica de gran interés, hoy por hoy irresuelta, es la generalización del tratamiento, es decir, la consecución de un nivel de inmunización a *todas* las situaciones como resultado de la exposición a sólo unas *pocas* situaciones tratadas (Echeburúa y Corral, 1993).

2. BASES TEÓRICAS

El anclaje teórico de la terapia de conducta lo ha constituido tradicionalmente la psicología del aprendizaje. Sin embargo, un análisis cuidadoso de las hipótesis etiológicas de los trastornos mentales sugeridas por los modelos de condicionamiento revela una cierta inconsistencia de tales hipótesis.

2.1. Insuficiencias de los modelos de condicionamiento

La premisa subyacente a los modelos de condicionamiento es que las fobias están causadas por algún tipo de condicionamiento y que la terapia de conducta no hace sino desarrollar un programa de intervención coherente con el conocimiento de estas causas. Sin embargo, el comienzo de las fobias está asociado a un suceso traumático en sólo una minoría de los casos, y aun en éstos no es infrecuente el desarrollo de las fobias mucho tiempo después de la aparición de dicho trauma. Asimismo, en algunas ocasiones las fobias comienzan tras un suceso vital doloroso (como la muerte de un ser querido, una

enfermedad, etc.) poco relacionado con el tipo de fobias experimentadas y que puede dar lugar también a otro tipo de alteraciones de la salud (depresión, trastornos cardiovasculares, etc.). Lo que sí aparece en muchos casos es una sensación de malestar inexplicable como *suceso inicial,* que puede asociarse *posteriormente* a estímulos o sentimientos que inducen la evitación. Sólo esto último responde propiamente a un proceso de condicionamiento, pero no la situación inicial (Marks, 1989).

Es más, la presencia en muchas personas de comportamientos fóbicos sin haber experimentado u observado previamente acontecimientos traumáticos, la ausencia en otras de fobias pese a haber estado en contacto con sucesos aversivos (como ocurre, por ejemplo, en las víctimas de accidentes de coche), la selectividad de aparición de las fobias a ciertas edades, la resistencia a la extinción de muchas fobias en ausencia de los estímulos aversivos, etc., ponen en evidencia las limitaciones de los modelos de condicionamiento (Agras, 1989).

Los modelos de condicionamiento son muy precisos para describir los acontecimientos experimentales del laboratorio animal, pero resultan, sin embargo, inadecuados para explicar los fenómenos clínicos. Es difícil relacionar el lenguaje del condicionamiento con las situaciones clínicas, y no resulta posible decir cuáles son los fenómenos clínicos que constituyen el EC, el EI, la RC o la RI. De hecho, una gran variedad de situaciones son capaces de provocar el malestar clínico del paciente sin referencia a una situación traumática originaria, por lo que es más apropiado hablar *de fobias adquiridas* que de *fobias condicionadas.*

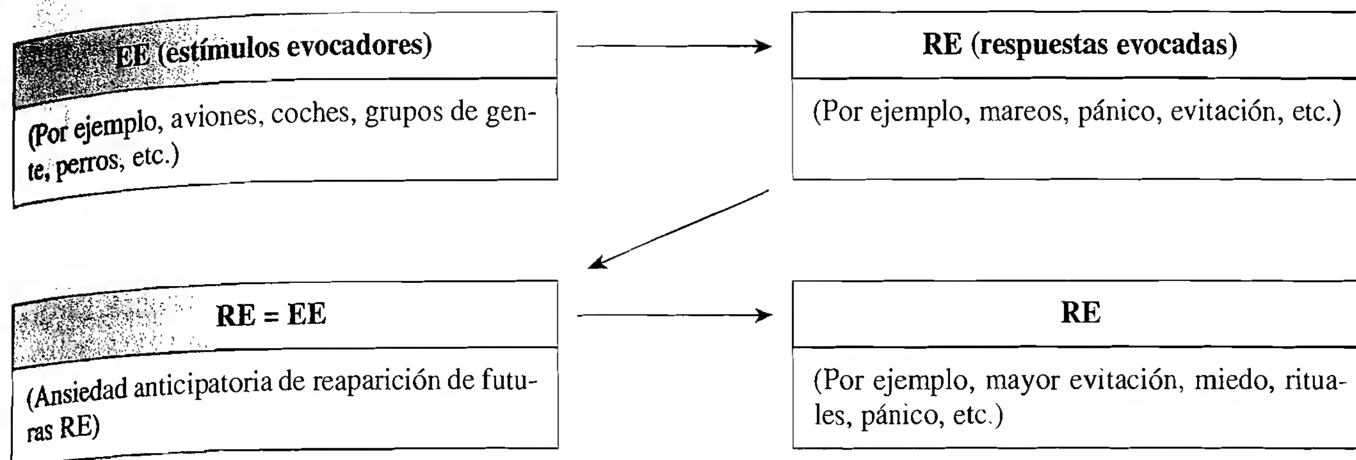
2.2. El paradigma de la exposición

La teoría del condicionamiento clásico se muestra *parcialmente* sugerente para explicar la extinción de las fobias y de los rituales compulsivos (exposición repetida al EC sin el EI presente), pero no la adquisición de éstos (por la ausencia, en general, de estímulos iniciales traumáticos). De este modo, el tratamiento consiste en la exposición repetida a los estímulos (supuestamente) condicionados sin la presencia de los estímulos incondicionados aversivos y da por resultado, en última instancia, la desaparición de la respuesta (supuestamente) condicionada.

La teoría del condicionamiento operante, a su vez, puede dar cuenta *parcialmente* del mantenimiento de dichos fenómenos clínicos, reforzados negativamente, pero no de su adquisición y sólo parcialmente de su extinción. No se explica, por ejemplo, por qué persiste la conducta fóbica cuando el sujeto no consigue evitar en su medio natural las situaciones u objetos temidos y se expone a ellos sin la experiencia de la situación aversiva incondicionada (Marks, 1986).

El asunto es aún más complicado. ¿Suponen los cuadros clínicos fóbicos u obsesivos un *aumento de la adquisición* o un *fallo de la extinción*? La mayor parte de las personas padecen miedos y rituales triviales en algunos momentos de su vida, pero son capaces de superarlos sin repercusiones clínicas. La cuestión es si los cuadros clínicos no son el resultado del fracaso de la persona en el mecanismo capaz de inhibir el desarrollo de fobias y rituales menores (por analogía con lo que ocurre respecto al cáncer). De ahí que pueda plantearse no por qué las fobias y rituales han sido adquiridos, sino más bien por qué, una vez adquiridos, no han sido extinguidos y cuáles son los sistemas inmunológicos y de defensa que han fallado (Marks, 1986).

Si son muy pocos los pacientes que aportan una historia de condicionamiento traumático según los postulados de la teoría del condicionamiento y si, por otra parte, el diseño de un tratamiento eficaz es ajeno a estos postulados, conviene replantearse la virtualidad de los modelos de condicionamiento en la práctica clínica. Desde esta perspectiva, parece más útil precisar el conjunto de *estímulos evocadores* (internos y externos) y de *respuestas evocadas* en lugar de los conceptos habituales de los modelos de condicionamiento (EC, RC, EI, RI). La noción de *estímulos evocadores* se asemeja al concepto operante de *estímulo discriminativo* o al concepto pavloviano de *estímulo condicionado,* pero no plantea suposiciones sobre las condiciones antecedentes relacionadas con los trastornos mentales (Echeburúa y Corral, 1993).



El modelo *estímulos evocadores-respuestas evocadas* posibilita, en primer lugar, una descripción más precisa y observable de lo que ocurre y facilita, en segundo lugar, el diseño de una estrategia terapéutica (la exposición a la configuración estimular ansiógena) sin apelar a las más que dudosas condiciones etiológicas de los modelos de condicionamiento (Marks, 1986, 1989).

3. EL TRATAMIENTO DE EXPOSICIÓN: PROCEDIMIENTO Y APLICACIÓN PRÁCTICA

La clave del tratamiento de exposición es impedir que la evitación o el escape se conviertan en una *señal de seguridad* (en el sentido de asociarse al comienzo de un período libre de ansiedad) más que impedir el escape por sí mismo. Los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante la práctica de exposición están relacionados con la *habituación* (desde una perspectiva psicofisiológica), con la *extinción* (desde una perspectiva conductual) y con el *cambio de expectativas* (desde una perspectiva cognitiva) (Mathews, Gelder y Johnston, 1985).

La terapia de exposición requiere, como condiciones previas, el establecimiento de una alianza terapéutica sólida, la toma de conciencia por parte del paciente de su responsabilidad en el resultado final del tratamiento y, al menos en algunos casos, la implicación en las tareas terapéuticas de la pareja del paciente (Marks, 1989).

3.1. Procedimiento

3.1.1. *Duración de la exposición e intervalos entre sesiones*

Las sesiones de exposición largas (dos horas) son más efectivas que las sesiones cortas (treinta minutos) porque facilitan la habituación en lugar de la sensibilización. Es decir, las sesiones largas de exposición (hasta que el miedo remita) son superiores a las sesiones cortas, pero la sobreexposición a partir de este momento (cuando el miedo ha desaparecido) no mejora los resultados (Mathews et al., 1985).

En cuanto al intervalo, la exposición tiende a potenciarse con un intervalo corto entre sesiones. Así, por ejemplo, en el estudio de Foa, Jameson, Turner y Payne (1980) con agorafóbicos, el resultado obtenido en diez sesiones diarias de dos horas es superior, sobre todo en la medida de evitación, al logrado en diez sesiones semanales.

En resumen, la eficacia de la exposición está en función de la exposición repetida y prolongada, en el marco de un programa estructurado, a la mayor parte posible de los componentes de la configuración estimular ansiógena. Los factores diferenciadores de una *exposición sensibilizadora* (contraterapéutica) de una *exposición habituadora* (terapéutica) son atribuibles a la duración de la exposición, al intervalo de tiempo entre ensayos y quizá al cambio de significado del estímulo ansiógeno en el paciente. Éste puede reconsiderar ahora una situación antes nociva como terapéutica si la influencia del tera-

peuta y las expectativas sobre la terapia le hacen llevar a cabo tareas sistemáticas de exposición que antes del tratamiento se había sentido incapaz de realizar o había efectuado de una forma no planificada (exposición sensibilizadora).

3.1.2. *Gradiente de la exposición, grado de activación y nivel atencional*

Se ha discutido con frecuencia si la exposición a los estímulos temidos debe ser gradual (como ocurre en la desensibilización sistemática) o brusca (como sucede en la inundación). El ritmo de la aproximación tiene que depender de la disposición del paciente, del tiempo disponible y de la tasa de habituación.

La exposición gradual y la exposición brusca acaban por ser ambas eficaces (lo importante, en último término, es lo que el paciente sea finalmente capaz de hacer). Los resultados son más inmediatos con la exposición brusca, pero un ritmo demasiado rápido puede facilitar la inobservancia de las prescripciones terapéuticas y, en última instancia, el abandono del tratamiento. Un ritmo muy lento, a su vez, lleva también a un progreso muy lento y puede resultar desmotivador para el paciente. De ahí que, desde la perspectiva de la motivación y de la economía de tiempo, el gradiente de exposición debe ser tan rápido como el paciente pueda tolerar (Marks, 1992).

Por otra parte, la exposición requiere un cierto grado de activación, así como un buen nivel de atención a la tarea propuesta. Se trata de que la información emocional del miedo se active y procese en la memoria afectiva, lo que lleva a una habituación del miedo percibido (Foa y Wilson, 1992). No basta, por ello, con una mera exposición *física* a las situaciones temidas. De hecho, si se produce una disociación (bloqueo emocional, distracción, escape cognitivo, etc.) o el paciente recurre a amuletos (una caja de ansiolíticos en el bolsillo, por ejemplo), la eficacia del tratamiento disminuye considerablemente. Por todo ello, las estrategias reductoras de ansiedad tienen interés no *durante* la exposición, sino en todo caso *antes* de ella, a fin de que el paciente no emita respuestas evitativas.

El compromiso atencional con las tareas de exposición es un requisito imprescindible de la terapia. Cuando no se da, puede ser reflejo de una motivación pobre para el tratamiento, pero también consecuencia de un nivel muy alto de ansiedad y/o del consumo de ansiolíticos y de alcohol. Un gradiente más lento y prolongado en las tareas de exposición y la retirada de los amuletos y/o del consumo excesivo de alcohol o de ansiolíticos pueden ser las estrategias adecuadas para hacer frente a este problema.

3.1.3. *Significación de las conductas de escape durante y después de la exposición*

La eficacia de la terapia de exposición está ligada al bloqueo duradero de las conductas de escape/evitación, tanto a nivel conductual como cognitivo. Ahora bien, las conductas de escape de breve duración, seguidas de una reexposición inmediata a los estímulos temidos, no afectan básicamente a la eficacia de la exposición. En el estudio de Everaerd, Rijken y Emmelkamp (1973) con agorafóbicos, en donde se compara la inundación en vivo con la exposición por aproximaciones sucesivas, a los pacientes de un grupo se les somete a la exposición brusca a salir a la calle, sin permitirles ningún tipo de escape; al otro, a una exposición gradual a salir a la calle con instrucciones de abandonar la tarea en cuanto se sientan tensos y de reexponerse inmediatamente después a la situación temida. Los resultados son positivos en ambos grupos, sin diferencias entre ellos.

En general, las conductas de escape/evitación interfieren negativamente en los progresos obtenidos con la terapia de exposición. Sólo una reexposición inmediata tras un escape temporal puede ser comparable en resultados con la exposición sin escape. De este modo, un paciente que en el transcurso de la exposición se sienta muy mal y vea inminente un desmayo puede abandonar transitoriamente la tarea siempre que no se aleje del lugar y que la reanude

de inmediato (por ejemplo, antes de media hora, cuando se haya recuperado).

3.1.4. *Potenciación de la exposición*

A pesar de la eficacia contrastada del tratamiento de exposición, éste consigue eliminar por completo todos los síntomas sólo en contadas ocasiones. De ahí que se haya sugerido la adición de otras técnicas terapéuticas para potenciar los resultados de la exposición.

El modelado por parte del terapeuta puede ser de interés sólo cuando el paciente no sabe exactamente lo que hay que hacer. Asimismo las películas y los vídeos pueden ser útiles sólo en la medida en que motiven al paciente a la exposición *real* a los estímulos temidos.

La información específica sobre los progresos del tratamiento, bien en forma de retroalimentación externa (por parte del terapeuta), bien en forma de autorregistros, contribuye a aumentar la eficacia de la exposición (Mathews et al., 1985).

El reentrenamiento de la respiración puede ser una estrategia complementaria a la exposición para hacer frente al problema de la hiperventilación involuntaria. Su utilidad en todo caso está circunscrita sólo a aquellos pacientes que presentan específicamente problemas respiratorios en el transcurso de la exposición (Marks, 1991).

La presencia de cogniciones catastrofistas en las conductas de evitación ha hecho aconsejable la adición de diversas técnicas cognitivas a la exposición, tales como la terapia racional emotiva, la reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones (Beck, Emery y Greenberg, 1985). Pero la exposición por sí sola actúa sobre todas las conductas relacionadas con el miedo (evitación, pánico, cambios psicofisiológicos, alteraciones cognitivas, etc.) independientemente de que la mejoría de todas estas conductas no sea sincrónica. Las críticas de reduccionismo a los programas de exposición no han tomado en consideración que la reducción de las distorsiones cognitivas suele darse en un estadio posterior a la mejoría de la evitación y de las alteraciones psicofisiológicas (Marks, 1992).

La exposición es más potente que el enfoque cognitivo en el tratamiento de las conductas de evitación, pero las técnicas cognitivas pueden potenciar en algunos casos el alcance de la exposición. Al principio de la terapia pueden actuar como motivación para el tratamiento; durante la terapia, como medio de conseguir la observancia de las prescripciones terapéuticas y como ensayos cognitivos preparatorios para la acción terapéutica de la exposición; y al final de la misma, como forma de prevenir las recaídas. De hecho, hay una interacción bidireccional entre las expectativas de cambio y la práctica de la autoexposición. Las expectativas de cambio motivan y facilitan la ejecución de tareas y, a su vez, la exposición con éxito potencia el cambio de expectativas (Echeburúa y Corral, 1993).

3.1.5. *¿Especificidad de la habituación?*

Las tareas de exposición son programadas específicamente en relación con las situaciones temidas. Este emparejamiento está basado en el modelo clásico de habituación de Sokolov (1963). Según este modelo, la habituación de un estímulo está en función de la activación repetida de sus representaciones neurales, potenciada, a su vez, por la semejanza de los estímulos con dichas representaciones. Este modelo tiene una cierta confirmación en la clínica. La exposición tiende a reducir sólo las conductas de evitación tratadas, con una capacidad muy reducida de generalización (a diferencia de la sensibilización) a los estímulos no tratados. Desde este punto de vista, la terapia de exposición responde más a un proceso de habituación específica que a la adquisición de habilidades globales de *coping* (Marks, 1989, 1991).

Algunos estudios, sin embargo, han puesto en cuestión los principios anteriores. Las técnicas de inoculación de estrés, por ejemplo, suponen la exposición a un malestar que es irrelevante respecto a la fobia en cuestión y tienen por objetivo la inmunización a experiencias negativas como una forma de aprender a controlar cualquier emoción extrema (Meichenbaum, 1985), pero los resultados no son concluyentes.

3.1.6. *Predictores de éxito terapéutico en la terapia de exposición*

El poder predictivo de las variables implicadas en la terapia de exposición varía mucho de unos estudios a otros. Entre los *predictores al comienzo del tratamiento,* son, en general, buenos indicadores de la terapia mostrar conductas evitativas claramente definidas, tener un estado de ánimo normal, seguir las prescripciones terapéuticas y no someterse a la exposición bajo el efecto del alcohol o de los ansiolíticos. Sin que se sepa exactamente por qué, un estado de ánimo deprimido o una inadaptación grave a la vida cotidiana son predictores de resultados terapéuticos pobres. La antigüedad y la intensidad del problema no son, sin embargo, predictores fiables del resultado terapéutico (Chambless y Gracely, 1988).

Entre los *predictores durante el tratamiento,* el cumplimiento continuado de las instrucciones del terapeuta y la implicación atencional en las tareas de exposición son variables significativas. Pero probablemente el mejor indicador de éxito terapéutico en esta fase del tratamiento es el progreso en las primeras sesiones. Los pacientes que obtienen un mayor beneficio terapéutico inicialmente son los que más van a mantenerlo a largo plazo. Por ello, se debe reconsiderar el plan de tratamiento y plantear otras alternativas si los pacientes no mejoran al cabo de unas pocas semanas de exposición (Echeburúa, Corral, García y Borda, 1993; Mathews et al., 1985).

Entre los *predictores después del tratamiento* —de gran interés en la prevención de las recaídas—, el abandono de la práctica regular de las tareas de exposición y el aislamiento social pueden ser indicadores de dificultad en el mantenimiento de los logros terapéuticos a largo plazo (tabla 10.1).

3.2. Aplicación práctica

La evaluación cuidadosa de los *objetivos* y de las *tareas* es un proceso fundamental en la aplicación terapéutica de las técnicas de exposición. Los *objetivos* se refieren a algo que el paciente teme o evita y que le crea dificultades en su vida cotidiana. Las *tareas* son los pasos concretos para conseguir esos objetivos. Un modelo de elaboración de las conductas-objetivo y un registro de las tareas de exposición figuran en los apéndices 1 y 2, respectivamente.

El terapeuta actúa principalmente como un tutor que enseña al paciente que la evitación mantiene el

TABLA 10.1

Cuadro-resumen sobre las técnicas de exposición

Variables	Alternativas	Eficacia máxima
Intensidad	Gradual. Brusca.	Tan brusca como pueda tolerarla el paciente.
Intervalo entre tareas	Corto. Largo.	Corto (diario).
Duración de las tareas	Corta. Larga.	Tan larga como sea preciso para facilitar la habituación (30'-120' por término medio).
Activación en la tarea	Grado alto. Grado bajo.	Importante un grado mínimo de activación durante la exposición.
Implicación atencional	Atención. Distracción a la tarea cognitiva.	Atención a la tarea.
Estrategias de afrontamiento complementarias	Autoinstrucciones. Respiraciones lentas y profundas.	Variables de unos pacientes a otros.

pánico, que es la fuente principal del trastorno y que puede superarse con la ayuda de una exposición regular. El terapeuta explica al paciente la forma de llevar a cabo la exposición, le marca conductas-objetivo y le ayuda a ponerle tareas de exposición gradualmente establecidas, así como a evaluar su propio progreso. El régimen de sesiones tiene una periodicidad semanal inicialmente, que tiende a espaciarse a medida que avanza la terapia.

Se alienta al paciente a que lleve a cabo la exposición durante una hora o más diariamente, es decir, durante un tiempo suficiente para facilitar la habituación, así como a que rellene los registros entregados. El paciente debe continuar con cada tarea al menos hasta que se haya producido una disminución del 50 por 100 de la ansiedad (que es una medida de la habituación). Las estrategias de afrontamiento adecuadas para superar el malestar de la exposición son muy variables de unas personas a otras: respiraciones lentas y profundas, autoinstrucciones positivas, distracción temporal breve, etc. Se revisan los diarios de las tareas de exposición al comienzo de cada sesión y se establecen, a continuación, nuevas tareas. Una guía de ayuda a la exposición entregada al paciente figura en la tabla 10.2.

TABLA 10.2

Guía de ayuda a la exposición

Las reglas de oro de la exposición son: *a*) Cuanto mayor es el miedo a algo, más frecuentemente debe uno exponerse a ello. *b*) La clave del éxito es la exposición regular y prolongada a tareas planeadas con anterioridad y con un grado de dificultad creciente.
Para planificar el tipo de exposición adecuado a cada caso, pueden ser de utilidad los siguientes pasos: *a*) Hacer una lista con las situaciones que evita o que le producen ansiedad. Los objetivos deben ser claros y precisos. Por ejemplo: «conocer gente nueva» no es un buen objetivo; en cambio, «invitar a los nuevos vecinos el viernes por la noche» sí lo es. *b*) Ordenarlas según el grado de dificultad que le supone enfrentarse a ellas. *c*) Repetir la práctica de esta situación todas las veces necesarias hasta que pueda manejarla sin dificultad. *d*) Pasar a la siguiente situación de la lista. *e*) No subestimar los logros. Infravalorar los éxitos hace que uno se sienta mal y es un obstáculo para seguir intentándolo. Muchas veces sumando pequeños éxitos es como se obtienen los grandes.
La exposición se puede potenciar de las siguientes maneras: *a*) Planificar las actividades de exposición sin prisas especiales y sin otros contratiempos añadidos (hambre, falta de sueño, enfermedad, tensión premenstrual, etc.). *b*) Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas antes y durante los ejercicios de exposición. Se inspira hondo, se retiene la respiración (contando hasta 3) y se espira, de modo que se producen 8-12 respiraciones completas por minuto. De este modo, se puede sustituir una respiración rápida y entrecortada por otra más lenta y relajada. *c*) Abandonar la tarea de exposición (o distraerse de ella) por unos breves momentos, si uno se encuentra muy mal, y volver de inmediato a ella en cuanto uno se encuentre un poco mejor.
La graduación de las tareas de exposición se puede realizar según las siguientes variables: *a*) Dificultad de la tarea. *b*) Compañía del coterapeuta. *c*) Duración de la tarea. *d*) Número de personas presentes. *e*) Importancia jerárquica o emocional del interlocutor.
Relájate y disfruta de las tareas bien hechas.

Si no hay complicaciones, la evaluación inicial puede llevar una hora de duración y las sesiones de evaluación posteriores media hora. La media de contacto clínico terapeuta-paciente es aproximadamente de siete horas en total.

Los ansiolíticos y el alcohol interactúan negativamente con la exposición si rebasan el equivalente de 10 mg diarios de diazepam o de dos vasos de vino diarios, respectivamente. Incluso cantidades pequeñas por debajo de estos límites pueden interferir negativamente si se consumen en el plazo de las cuatro horas anteriores a las tareas de exposición. Por el contrario, los antidepresivos son compatibles con la exposición y pueden ser de utilidad (antes incluso que acometer un programa de exposición) si los pacientes están muy deprimidos (Marks, 1992).

Un programa concreto de autoexposición elaborado por los autores (Borda y Echeburúa, 1991) figura en el apéndice 3.

4. VARIACIONES DE LA TÉCNICA

4.1. Exposición en imaginación y exposición en vivo

Los estímulos utilizados en la exposición pueden ser en vivo, imaginados, filmados, grabados en cinta o presentados mediante la técnica del *role-playing*. Son muchos los estudios clínicos que han demostrado la superioridad de la exposición en vivo sobre la exposición en imaginación (véase Echeburúa y Corral, 1993). La exposición en imaginación plantea además un problema adicional: los estímulos ansiógenos en vivo siguen suscitando miedo al paciente a pesar de la habituación a ellos en imaginación, por lo que es necesaria la programación de una habituación a ellos en vivo. De ahí que parezca más razonable comenzar con la exposición en vivo desde el principio (Marks, 1992).

La exposición en imaginación puede ser, sin embargo, de interés en aquellos casos en que la exposición en vivo es de difícil aplicación (por ejemplo, en la fobia a volar en avión, en ciertos miedos a enfermedades o catástrofes, en el estrés postraumático, etc.) o a modo de motivación adicional en aquellos pacientes que no se atreven a iniciar el tratamiento con una exposición en vivo. Desde esta perspectiva, la exposición en imaginación es útil sólo en la medida en que induce a los pacientes a exponerse realmente a las situaciones fóbicas (Echeburúa y Corral, 1993).

Por otra parte, no está aún claro el valor de la exposición imaginada a ciertos estímulos psicofisiológicos internos suscitadores de ansiedad (temor a sufrir un infarto, temor a desmayarse, etc.). Probablemente es más efectivo provocar tales síntomas a base de hacerle exponer al paciente en vivo a la situación temida. La exposición a los estímulos internos puede ser provocada por medio del ejercicio físico (en el caso de las palpitaciones y del sudor), de la hiperventilación (en el caso de la respiración jadeante) y de dar vueltas sobre uno mismo (en el caso de los vértigos). Cabe plantearse si estos síntomas psicofisiológicos inducidos con estas técnicas se asemejan básicamente a los que experimentan los pacientes en las situaciones de pánico real. Los posibles mecanismos de actuación de esta estrategia terapéutica (habituación a los estímulos internos temidos, aumento de la tolerancia al estrés, reconsideración cognitiva del carácter peligroso de tales síntomas ante su inducción por parte del terapeuta, etc.) no están todavía dilucidados (Echeburúa y Corral, 1999).

4.2. Exposición en grupo

La exposición en grupo ofrece unas perspectivas muy atractivas desde el punto de vista del rendimiento de la terapia. Los mejores resultados parecen obtenerse en aquellos grupos cohesionados en que los miembros permanecen espontáneamente en contacto unos con otros tras la terminación de la terapia. Si bien las tareas de exposición pueden ser planificadas y evaluadas grupalmente (con la ayuda de familiares, amigos u otros pacientes), su ejecución tiene que ser individual.

La exposición en grupo está especialmente indicada cuando el paciente vive solo, carece de habilidades sociales o mantiene una relación de pareja conflictiva en que el cónyuge no va a resultar co-

operador en el tratamiento. El alcance terapéutico específico de la exposición en grupo deriva del efecto motivacional que supone a cada paciente para la realización de tareas y de los beneficios sociales obtenidos (adquisición de habilidades sociales, ocupación del tiempo libre, etc.) (Salaberría y Echeburúa, 1998).

Si bien la modalidad grupal parece ofrecer unas ventajas obvias en los problemas de inhibición social, la exposición en grupo puede en algunos casos resultar amenazante, especialmente en el tratamiento de la fobia social, y producir una mayor tasa de rechazos y abandonos del tratamiento (Olivares, 2005).

4.3. Autoexposición

Los fóbicos tienden a ser muy dependientes. Por ello, si la influencia del terapeuta es un factor nuclear en la exposición ante las situaciones fóbicas reales, el retiro de dicha influencia puede detener el progreso posterior. Los objetivos de la autoexposición son reducir la dependencia del paciente, acortar el tiempo de dedicación profesional por parte del terapeuta y facilitar el mantenimiento de los resultados terapéuticos. La autoexposición no consiste en exponerse sin más a las situaciones evitadas, sino que se exigen ciertos requisitos: establecimiento de metas realistas, identificación de cada una de las conductas problemáticas, práctica regular de autoexposición con cada una de ellas, evaluación de la reducción del nivel de ansiedad y planificación del manejo de contratiempos (por ejemplo, ante situaciones nuevas o difíciles) (Echeburúa y Corral, 1993).

Los componentes fundamentales de este método son su explicación y las instrucciones terapéuticas encaminadas a la autoexposición prolongada en vivo a las situaciones fóbicas. De hecho, la autoexposición es un procedimiento terapéutico mucho más potente que la exposición dirigida por el terapeuta, siempre que algún coterapeuta (un familiar habitualmente) acompañe al paciente en las fases iniciales de las tareas de exposición. El paciente debe registrar en un diario estructurado las tareas de exposición y someterlas a la supervisión del terapeuta (Foa y Wilson, 1992; Marks, 1992).

El papel del coterapeuta (habitualmente la pareja) es ayudar a motivar al paciente y a estructurar las sesiones de exposición. De hecho, el apoyo externo contribuye a reafirmar en el paciente la decisión diaria de exponerse a las situaciones temidas y de hacerlo con mayor frecuencia y variedad, lo que lleva a una mayor tasa de recuperación, ya que el factor decisivo en la terapia es la cantidad de exposición. Por otra parte, el registro de las tareas realizadas proporciona un feedback inmediato, refuerza la motivación del paciente y permite identificar rápidamente los nuevos problemas planteados (Agras, 1989).

Los programas de autoexposición, con un promedio de intervención del terapeuta de tres a cinco horas, han obtenido unos resultados excelentes y se han mantenido en seguimientos a largo plazo (Echeburúa et al., 1993; Salaberría y Echeburúa, 1998). El éxito de la autoexposición (llevada a cabo, además, en el medio natural del sujeto, no en el hospital o en el ambulatorio) radica en el protagonismo del paciente y en la atribución del éxito a sus propios esfuerzos.

Los resultados de la investigación no son concluyentes sobre la eficacia de la *jerarquización* de las tareas y sobre la ejecución graduada de éstas, pero en el estado actual de los conocimientos parece útil adoptar este camino a fin de mantener la motivación del paciente. Esta perspectiva de solución de problemas (comenzar con las tareas más bien fáciles y proseguir con las más dificultosas) es muy alentadora para el paciente. Las tareas de autoexposición iniciales deben estar relacionadas con aquellas actividades que van a ayudarle a reanudar su trabajo habitual y su vida social. El problema en los programas de autoexposición es la persistencia en la práctica, que depende, al menos, de la selección de objetivos terapéuticos, del apoyo familiar y/o ambiental y del control del progreso por parte del propio paciente. La dificultad más frecuente en el transcurso del tratamiento es la reducción gradual en el tiempo dedicado a la práctica cuando los objetivos inmediatos ya han sido alcanzados. Es una meta terapéutica importante, sobre todo en las fases avanzadas del tratamiento, estimular al sujeto (y, en su caso, a su pareja) a establecer objetivos

que sean más ambiciosos y que estén fuera de la rutina diaria (por ejemplo, compras en grandes almacenes, viajes, vacaciones, etc.) (Echeburúa, Salaberría, Corral, Cenea y Berasategui, 2006).

A partir del valor comprobado de la autoexposición, se puede también reinterpretar la eficacia terapéutica de otras estrategias conductuales. La desensibilización sistemática, la inundación en imaginación, la intención paradójica, la exposición con ayuda del terapeuta e incluso los psicofármacos pueden ser de utilidad sólo en la medida en que sean capaces de persuadir al paciente a que se exponga él solo a las conductas evitadas. De hecho, el modelado, por ejemplo, no reduce el miedo del fóbico a menos que suponga un acercamiento real a la situación estresante (Marks, 1986, 1989).

4.4. Exposición a través de nuevas tecnologías

El creciente desarrollo de las nuevas tecnologías nos brinda la oportunidad de contar con nuevas herramientas, tales como la realidad virtual, a la hora de llevar a cabo la exposición. El objetivo de este apartado es introducir al lector en las peculiaridades que estas nuevas tecnologías pueden ofrecer a la técnica de exposición, sin pretender hacer una descripción detallada de ellas, que se lleva a cabo en otro capítulo de este manual.

La realidad virtual tiene como objetivo generar por ordenador un ambiente interactivo y tridimensional en el que se sumerge al paciente. Los requisitos imprescindibles a la hora de realizar una exposición a través de realidad virtual son un dispositivo de salida (que puede ir desde el más inmersivo, como el CAVE, que consiste en una habitación en la que las paredes y el suelo son pantallas sobre las que se proyectan partes del entorno virtual, hasta los menos inmersivos, como los monitores o proyectores tradicionales, pasando por los conocidos cascos de realidad virtual) y un dispositivo de entrada, igualmente variado (oscilando desde sencillos ratones o *joystick* hasta sofisticados sensores de posición y rastreadores electromagnéticos) (Gutiérrez, 2002). Debido a la novedad de la técnica, todavía no se cuenta con un sistema estándar de aplicación, lo que ha complicado notablemente la labor de los estudios de replicación en este campo.

A diferencia de los programas asistidos por ordenador, el paciente tiene una mayor *sensación de presencia* e interactúa con su realidad virtual, lo que la asemeja, en cierto modo, a la exposición en vivo. Un primer balance de las ventajas y desventajas de este enfoque figura expuesto en Capafons (2001) (tabla 10.3).

El cariz «futurista» y novedoso de la exposición a través de la realidad virtual ha despertado entusiasmo y generado gran cantidad de publicaciones.

TABLA 10.3

Ventajas y desventajas de la realidad virtual (Capafons, 2001, modificado)

Ventajas	Desventajas
1. Muchos estímulos reales pueden ser difíciles de programar para llevar a cabo una sesión real.	1. No sustituye totalmente a la exposición real. Tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última.
2. La realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto.	2. El costo del hardware y del software es todavía prohibitivo para la mayoría de los clínicos.
3. La realidad virtual permite manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperadas.	3. Algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual.
4. Con la realidad virtual se garantiza mejor la sensación de intimidad del paciente. Esto es, se garantiza la confidencialidad.	4. No existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a las técnicas imaginativas o de sugestión, claramente más económicas.

El campo inicial de aplicación ha sido el de la fobia a volar (North y North, 1994), ámbito en el que, por razones obvias, la exposición a través de realidad virtual parecía poder ser una alternativa atractiva a la exposición en vivo. Hoy en día su campo de aplicación se ha extendido a otros ámbitos, como la claustrofobia (Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000), la agorafobia (Peñate, Pitti, Bethencourt, De la Fuente y García, 2008), la fobia a conducir (Wald y Taylor, 2003), el trastorno de estrés postraumático en excombatientes (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcón, 2001), etc.

Todavía es prematuro hacer un balance definitivo de esta técnica, respecto a su efectividad y eficiencia, en relación con la exposición en vivo o con otras nuevas tecnologías (realidad aumentada, programas asistidos por ordenador, etc.) (Krijn, Emmelkamp, Olafsson y Biemond, 2004). Desde nuestro punto de vista, el formato de la exposición en vivo (especialmente en régimen de autoexposición) es, en general, el tratamiento más efectivo y más eficiente (en términos de costes y beneficios). Sin embargo, la realidad virtual puede ser de ayuda complementaria allí donde hay dificultades para llevar a cabo un tratamiento sistemático de exposición (como ocurre, por ejemplo, en la fobia a volar en avión) o donde el paciente se resiste a exponerse en vivo. En cualquier caso, incluso en estos casos, la realidad virtual sólo puede constituir un primer paso antes de llevar a cabo la exposición en vivo (tabla 10.4).

5. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

En las páginas siguientes se van a exponer los principales ámbitos de actuación de las técnicas de exposición, así como a describir las peculiaridades que la aplicación de este tipo de programas ofrece en cada uno de los cuadros clínicos propuestos. Las referencias a los trastornos mentales señalados están relacionadas exclusivamente con la aplicabilidad en ellos de las técnicas de exposición. Obvio es decir que un enfoque terapéutico integrador de dichos cuadros clínicos va más allá de los programas de exposición y desborda el contenido de este trabajo.

5.1. Exposición a las conductas evitadas

La característica más común de los trastornos fóbicos es la conducta de evitación de los estímulos ansiógenos, que impide indefinidamente el reaprendizaje del manejo apropiado de la situación por parte del sujeto. De ahí que los tratamientos psicológi-

TABLA 10.4

Cuadro-resumen sobre variantes de las técnicas de exposición

Variables	Alternativas	Eficacia máxima
Modalidad	Imaginación. En vivo. Realidad virtual.	En vivo.
Agente de exposición	Autoexposición. Con presencia del terapeuta.	Autoexposición.
Ayudas	Manual de autoayuda. Ayuda de un coterapeuta.	Ambas.
Psicofármacos	Antidepresivos. Ansiolíticos.	Ninguno (excepto antidepresivos cuando el estado de ánimo es disfórico).

cos se hayan centrado, en buena medida, en las técnicas de exposición.

La exposición en vivo, gradual o brusca, a los estímulos fóbicos es el tratamiento conductual más eficaz actualmente disponible para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos. La mayor dificultad para aplicar el programa terapéutico es cuando los estímulos no son fácilmente accesibles para llevar a cabo la exposición en vivo, como en el caso de la fobia a las tormentas o de la fobia a volar en avión (Sosa y Capafons, 2005).

La agorafobia puede no responder simplemente a un tratamiento de exposición. En la agorafobia están implicadas conductas de evitación, que sí responden al tratamiento de exposición, pero también ataques de pánico y alteraciones cognitivas, como la ansiedad anticipatoria, la evaluación negativa de los propios recursos, la valoración inadecuada de los síntomas somáticos y las rumiaciones de escape/evitación. Este *miedo al miedo* no desaparece meramente con el tratamiento de exposición, sino que requiere una terapia combinada de exposición con métodos cognitivos simples, tales como dar una explicación clara al paciente de la naturaleza de los ataques de pánico y enseñarle algunas habilidades sencillas para el manejo de la ansiedad, como técnicas de respiración, relajación, autoinstrucciones y distracción cognitiva (Echeburúa y Corral, 1999; Pastor y Sevillá, 2000).

Las sesiones de exposición en la fobia social son más difíciles de programar que en el caso de la agorafobia o de las fobias específicas. En primer lugar, porque la ansiedad social viene acompañada a menudo de un déficit de habilidades sociales, que no se resuelve con sólo un tratamiento de exposición. En segundo lugar, porque las situaciones sociales son con frecuencia de carácter variable e impredecible, por lo que no siempre se puede graduar la exposición. Y en tercer lugar, porque la naturaleza de las situaciones evitadas en la fobia social, que tienden a ser de corta duración (iniciar una conversación en una fiesta, saludar a un desconocido, tomar la palabra en una reunión, reclamar una factura defectuosa, etc.), impide llevar a cabo sesiones de exposición largas, que son las más efectivas (Botella, Baños y Perpiñá, 2003; Echeburúa, 1995).

La programación de unas sesiones de exposición cortas, pero repetidas, junto con el recurso a un manual específico de autoayuda, contribuye a superar estas dificultades. Es también de interés la utilización de algunas estrategias adicionales que enseñan al paciente unas normas mínimas de la interacción social y que le ayudan a hacer frente a la evitación cognitiva (de mayor incidencia en la fobia social que en el resto de los trastornos fóbicos) y, en último término, a hacer más efectiva la exposición en situaciones sociales. Los programas de exposición en el ámbito de la fobia social tienden a ser, por término medio, de seis a doce sesiones, entre dos y dos horas y media de duración, con una periodicidad semanal, con dos terapeutas de sexo distinto y con un formato grupal de cuatro a siete pacientes (Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 2000; Salaberría y Echeburúa, 1998).

En el trastorno obsesivo-compulsivo la exposición en vivo, con prevención de respuesta, es el tratamiento más efectivo y con menor tasa de recaídas (Foa y Wilson, 1992). La prevención de respuesta tiene por objetivo una exposición sistemática a los estímulos nocivos, encaminada a la habituación, mediante un bloqueo riguroso de cualquier maniobra relacionada con la ejecución del ritual por parte del paciente durante el proceso de exposición. La forma de llevar a cabo la técnica consiste en exponer al paciente al estímulo temido externo (tocar una manilla de la puerta, desordenar la habitación, etc.) o cognitivo (dudas sobre si ha cumplido hoy con todas las obligaciones que tenía) y, a continuación, impedir por períodos progresivamente mayores (media hora, una hora, etcétera) que se comprometa en la ejecución del ritual externo (lavarse las manos, ordenar la habitación, etc.) o cognitivo (recordar con detalle todos los acontecimientos del día, que es una forma de comprobación mental). El cambio de expectativas (la comprobación de que no ocurre nada nocivo) respecto a la no ejecución de los rituales tras la exposición a los estímulos temidos suele llevar a la extinción de tales rituales (Gavino, 2001; Jenike, Baer y Minichiello, 2005; Marks y O'Sullivan, 1992; Pastor y Sevillá, 2002; Turner y Beidel, 1994).

5.2. Exposición a los estímulos cognitivos (pensamientos traumáticos)

La exposición a estímulos cognitivos es más compleja que a estímulos externos porque existe una mayor probabilidad de escape o de distracción atencional. Cerrar los ojos —e incluso colocar el brazo alrededor del hombro del paciente por parte del terapeuta mientras el sujeto se expone a los estímulos cognitivos— y verbalizar dichos estímulos en alto facilita la tarea de imaginación.

La característica nuclear del trastorno de estrés postraumático es la reexperimentación del suceso —una agresión sexual, la violencia contra la pareja, un atentado terrorista, etc.— que ha dado origen al trastorno. La reexperimentación puede presentarse en forma de pesadillas o de secuencias diurnas de pensamientos o imágenes recurrentes e invasivos de las experiencias vividas más traumáticas, que son percibidas emocionalmente por el paciente como si estuviese reviviendo la situación (Echeburúa, 2004).

Por ello, la exposición prolongada en imaginación a los recuerdos traumáticos tiene como objetivo desactivar la estructura cognitiva del miedo y aumentar la habilidad del sujeto para pensar y hablar sobre lo ocurrido, que le va a posibilitar llevar a cabo un nuevo procesamiento emocional adecuado de los elementos cognitivos del suceso. Se trata de *digerir* apropiadamente el *atracón* emocional que una persona ha experimentado. Todo ello conduce a cambios en las dimensiones conductuales, cognitivas y psicofisiológicas del miedo, que el sujeto percibe como un alivio de los síntomas (Echeburúa, 2004).

La confrontación con los pensamientos o imágenes temidos se realiza de forma gradual, de menor a mayor grado de dificultad. En primer lugar, se expone al paciente a los estímulos cognitivos temidos más simples de la jerarquía y se graba en cinta la exposición, que sólo termina cuando se reduce significativamente el grado de malestar. Se puede a veces facilitar la exposición a los recuerdos con la exposición en vivo a estímulos relacionados, por ejemplo llevando la misma ropa que cuando ocurrió el suceso negativo o leyendo o viendo el paciente cartas, fotografías o recortes de periódico relacionados con el acontecimiento.

El paciente recibe las siguientes instrucciones del terapeuta:

> *Vas a cerrar los ojos para concentrarte mejor y, a continuación, vas a evocar los pensamientos traumáticos. Intenta recordar esos sucesos dolorosos tan vívidamente como sea posible y mantén la atención hasta que disminuya el malestar. Esto te puede llevar un buen rato (45 o 60 minutos). Me vas a contar con detalle lo que piensas y sientes. Si te encuentras muy incómodo y sientes la tentación de apartar esas imágenes de tu mente, no te preocupes; yo estoy contigo y te ayudaré a mantener la atención y a «digerir» la experiencia.*

Y en segundo lugar, como tarea para casa, el paciente debe escuchar diariamente la cinta del ejercicio de exposición hecho en la sesión y concentrarse en ella hasta que disminuya el malestar. El número total de sesiones puede oscilar de 10 a 12, con una periodicidad semanal y con una duración total de dos a tres meses (Foa, Keane y Friedman, 2003).

5.3. Exposición interoceptiva a los estímulos psicofisiológicos (ataques de pánico)

El éxito obtenido por los programas de exposición en el tratamiento de las conductas de evitación ha llevado a aplicarlos a los estímulos psicofisiológicos desadaptativos que están presentes en el trastorno de pánico (Echeburúa y Corral, 1998). Este cuadro clínico se caracteriza por la presencia de ataques de pánico recurrentes, que son crisis agudas de ansiedad caracterizadas por unas sensaciones fisiológicas desagradables (taquicardia, dolor en el pecho, sensación de ahogo, mareo, hiperventilación, etcétera) y unos pensamientos muy atemorizantes (temor a sufrir un ataque al corazón, miedo a ahogarse, pavor a perder el control, etc.) que están relacionados con dichas sensaciones. Las personas afectadas por un ataque de este tipo tienden a adoptar

conductas de escape: ir a casa rápidamente, tomar un psicofármaco, acudir al servicio de urgencias de un hospital, etc.

La exposición interoceptiva consiste en exponer al paciente a las sensaciones físicas desagradables por medio de la inducción voluntaria de los estímulos psicofisiológicos temidos en un *lugar seguro* (la consulta del terapeuta). Se trata de que el paciente se exponga prolongadamente a las sensaciones temidas sin emitir conductas de escape, se percate de que los pensamientos atemorizantes son injustificados y dé por concluida la sesión sólo cuando esas sensaciones hayan desaparecido. El resultado final es desconectar las sensaciones corporales de las reacciones de pánico (Bados, 2006; Botella y Ballester, 1997).

El número de sesiones terapéuticas oscila alrededor de diez. Las fases de la exposición interoceptiva son las siguientes (Roca y Roca, 1998):

a) Inducir las sensaciones fisiológicas temidas en la consulta del terapeuta. En concreto, la *taquicardia* se puede conseguir por medio de pequeños saltos continuados en la misma posición del sujeto estando de pie o por medio de subir y bajar las escaleras a paso ligero unas cuantas veces seguidas; los *mareos,* por medio de vueltas de pie sobre uno mismo o de giros en un sillón con ruedas, y la *respiración jadeante,* por medio de ejercicios de hiperventilación voluntaria (inspiraciones y espiraciones rápidas: una inspiración cada 2 segundos).

b) Identificar los pensamientos automáticos que surgen ante estas sensaciones físicas y desmontar las creencias equivocadas sobre el resultado catastrófico de tales síntomas al percatarse de que no ocurren las consecuencias temidas.

c) Alentar al paciente a realizar conductas planificadas de exposición en vivo entre sesiones para poner a prueba el control aprendido y reforzarle por la aparición de sistemas de pensamiento más realistas en relación con los síntomas.

El tiempo de exposición es distinto en la exposición interoceptiva que en la exposición en vivo. Si bien es siempre preferible una exposición prolongada para facilitar la habituación de la ansiedad, no es posible, por ejemplo, mantener a un paciente hiperventilando ininterrumpidamente durante 30 minutos. Por ello, la exposición interoceptiva consta, más que de un largo ensayo único, de una concatenación de pequeños ensayos, en los que se aumenta progresivamente el tiempo de exposición, intercalados de descansos en los que se produce una recuperación de la normalidad de las constantes biológicas (Pastor y Sevillá, 1995).

5.4. Exposición en otros ámbitos clínicos

5.4.1. *Alcoholismo y adicciones*

Desde la perspectiva de las recaídas, el mayor problema en los trastornos adictivos es el mantenimiento de los impulsos al consumo. Al margen de las técnicas de control de estímulos y de solución de problemas y del entrenamiento en conductas reforzantes alternativas, se trata de exponer a los sujetos a una situación real de riesgo en una fase avanzada de la terapia. De este modo, se desencadenan los deseos de llevar a cabo la conducta adictiva y se aprenden formas efectivas de resistir a esos deseos. La exposición prolongada a los indicios de riesgo, con el impedimento de la conducta adictiva, acaba por eliminar la potencia de dichos estímulos y contribuye a reducir las expectativas erróneas (Hodgson, 1993).

Si el sujeto sólo evita el peligro, quizá logre una recuperación objetiva (no beber alcohol, no consumir drogas, etc.), pero puede experimentar aún un cierto grado de intranquilidad subjetiva. La recuperación total —objetiva y subjetiva— sólo se produce cuando el sujeto se expone a los indicios de riesgo de forma regular y sabe resistirse a ellos. La extinción de los deseos de consumo y el cambio de expectativas son los responsables de la eficacia de esta técnica (Echeburúa, 2001).

Las señales asociadas a los estados de bienestar o euforia inducidos por las drogas adquieren gran potencia para precipitar por sí mismas la aparición de esos estados. Las señales externas pueden ser muy diversas: objetos (un azucarero o un bote de

polvos de talco, en el caso de un cocainómano; una aguja, en el caso de un heroinómano), personas (amigos consumidores), lugares (bares, sitios de reunión de drogadictos, etc.) o situaciones (el olor de la droga, una situación erótica, etc.). Asimismo las señales internas (el recuerdo de un consumo pasado, las expectativas sobre los efectos esperados de un posible consumo, un estado de ánimo disfórico, etcétera) pueden despertar y reavivar el ansia de alcohol/droga. Por ello, algunos programas terapéuticos han comenzado a incluir técnicas de exposición con prevención de respuesta ante las señales de alcohol o de droga con el objetivo de extinguir el deseo de consumo que suele ser precipitado por dichas señales. De este modo, el sujeto practica las estrategias de afrontamiento ante situaciones tentadoras con las que, antes o después, se va a encontrar en la vida cotidiana. Los resultados obtenidos son, sin embargo, todavía inconcluyentes (Childress, Hole, Ehrman, Robbins, McLellan y O'Brien, 1993).

5.4.2. *Juego patológico*

El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta constituyen el tratamiento de elección en la terapia del juego patológico. Por lo que se refiere a la exposición, esta técnica es aplicable propiamente en el caso de la dependencia a las máquinas tragaperras, que es la que más afecta a los ludópatas. Al estar estas máquinas distribuidas en todo tipo de bares y de lugares de ocio, no es posible centrar el tratamiento exclusivamente en el control de estímulos, a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, en el caso de la dependencia a los casinos y a los bingos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2005; Fernández-Alba y Labrador, 2002).

La exposición con prevención de respuesta sirve para dotar al paciente de una capacidad para resistir a los impulsos del juego y para darle una mayor seguridad en su capacidad de control. A diferencia de la agorafobia y del trastorno obsesivo-compulsivo, en los que las sesiones de exposición tienden a ser muy largas, en el juego patológico la habituación a los estímulos expuestos se consigue en un plazo de tiempo más corto (entre 15 y 20 minutos).

Las tareas de exposición se llevan a cabo diariamente en los bares con máquinas tragaperras a los que acude habitualmente el paciente. El sujeto no debe consumir alcohol, debido a la interferencia de esta sustancia en las tareas de exposición, ni tomar más de un café durante la tarea para evitar un nivel de sobreexcitación añadido. El paciente debe implicarse atencionalmente en la tarea y no llevar a cabo otras actividades simultáneamente, como jugar a las cartas, ver una película en la televisión del bar, etc. El coterapeuta es un familiar o amigo.

Se expone al paciente a una situación de juego y se le mantiene en esa tarea hasta que disminuye el grado de malestar. La exposición a los estímulos (música, luces de colores, tintineo de las monedas, etc.) termina sólo cuando el paciente consigue disminuir el impulso de jugar y experimenta una reducción significativa en el malestar. De este modo, el sujeto puede utilizar en un medio real las estrategias de afrontamiento aprendidas. Sólo así mejoran las expectativas de autoeficacia y se extinguen los deseos irresistibles de juego de una forma predecible. Más que de un proceso de habituación, se trata de un cambio de expectativas. El tratamiento se articula tal como figura expuesto en la tabla 10.5.

La ansiedad experimentada en las tareas de exposición no corre necesariamente en paralelo con la complejidad de las tareas propuestas. En concreto, en los jugadores patológicos la ansiedad fluctúa en función de ciertas situaciones externas (por ejemplo, la presencia de alguien jugando a quién le toca un premio) o internas (por ejemplo, sentirse deprimido o abrumado por las deudas) (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

5.4.3. *Bulimia*

La bulimia es un trastorno mental que se caracteriza por atracones de alimentos repetidos y por un deseo persistente de comida, así como por una preocupación desmedida por el control del peso, lo que lleva al sujeto a adoptar conductas inadaptativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, períodos de ayuno, etc.). El impulso compulsivo de comer sólo se reduce con una ingesta desenfrenada (Calvo, 2002).

TABLA 10.5

Tratamiento de exposición en el juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

Primera semana
— *Coterapeuta*: entra con el paciente al bar y se queda junto a él mientras lleva a cabo la exposición a la máquina tragaperras. — *Dinero*: el paciente no lleva dinero consigo. El coterapeuta paga la consumición.
Segunda semana
— *Coterapeuta*: acompaña al paciente al bar y se queda fuera, al alcance de su vista, mientras lleva a cabo la exposición a la máquina tragaperras. — *Dinero*: el paciente lleva el dinero justo para pagar la consumición.
Tercera semana
— *Coterapeuta*: se queda en casa, sin salir, mientras el paciente acude al bar para llevar a cabo la exposición a la máquina tragaperras. El paciente puede llamarle por teléfono si se encuentra en un aprieto. — *Dinero*: el paciente lleva el dinero justo para pagar la consumición más un billete de 10 o 20 €.
Cuarta semana
— *Coterapeuta*: no participa en las tareas de exposición. — *Dinero*: el paciente lleva dinero en el bolsillo.

Las técnicas de exposición desempeñan un papel importante en el autocontrol de los impulsos de comida. No es fácil de otro modo regular la relación de atracción/rechazo que los pacientes adoptan ante los alimentos, de los que, por razones obvias, no pueden prescindir. Esta técnica es apropiada en el caso de personas con un peso normal que habitualmente vomitan o utilizan purgantes después de un atracón o de comer una cantidad mínima de comida considerada engordante o peligrosa (Echeburúa y Corral, 1998).

En la primera fase, en la consulta, la paciente, supervisada por el terapeuta, se ve obligada a consumir moderadamente un alimento (por ejemplo, una chocolatina o un bollo) con el que suele pegarse atracones sin que le sea permitido abusar de él ni purgarse o inducir el vómito. Y en una segunda fase, la paciente, acompañada de un coterapeuta o de una amiga, debe exponerse al consumo del mismo alimento en un lugar natural (una cafetería, una pastelería, etc.), a sabiendas de que no se le va a permitir una conducta inmediata de eliminación del alimento. Las sesiones de exposición deben ser diarias (Fairburn, 1998).

Al haberse utilizado esta técnica en programas integrados, no es fácil averiguar su eficacia por sí misma. Sin embargo, parece una técnica adecuada para hacer frente a los trastornos del control de impulsos, sobre todo cuando están implicados en actividades habituales de la vida cotidiana, como la comida, el juego, las compras, etc. (Fernández-Aranda, Turón y Turón Gil, 2004).

6. CASO PRÁCTICO: APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN EN UN CASO DE AGORAFOBIA

El paciente es un varón de 24 años, soltero, enfermero de profesión, sin problemas económicos, que vive con sus padres y una hermana soltera de 26 años. Acude a consulta porque se siente incapaz de acudir a lugares públicos o situaciones en los

que hay mucha gente y que anteriormente le resultaban satisfactorios o, al menos, no le creaban dificultades. En la actualidad estas situaciones le provocan síntomas somáticos desagradables (sudoración, taquicardia, opresión torácica, etc.) que le han llevado a evitarlas sistemáticamente, así como a reducir considerablemente su tiempo de ocio y las actividades sociales. Los ataques de pánico son muy poco frecuentes desde que ha optado por recluirse en casa.

Evaluación

En la primera entrevista de evaluación la terapeuta lleva a cabo una entrevista clínica estructurada (el ADIS-R) (Di Nardo y Barlow, 1988) con el paciente, que posibilita el diágnostico de una «agorafobia sin historia de trastorno». Tras la elaboración de la historia clínica detallada, se entregan al paciente el Cuestionario de Miedos FQ (la Subescala de Agorafobia), el Inventario de Depresión BDI y la Escala de Inadaptación de Echeburúa y Corral. Los resultados de estas pruebas reflejan, en síntesis, un grado elevado de evitación agorafóbica, un nivel alto de inadaptación global y una depresión ligera.

En la segunda entrevista se lleva a cabo una lista de las conductas-objetivo, elaborada por el paciente con la ayuda de la terapeuta, que permite establecer un programa de tratamiento individualizado, en el que se establecen las siguientes conductas-objetivo:

- Conducta 1.ª: utilizar el autobús para acudir al trabajo (dificultad inicial estimada por el paciente: 9,5).
- Conducta 2.ª: ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos (dificultad: 8,5).
- Conducta 3.ª: acudir al banco o a una oficina para hacer una gestión (dificultad: 8).
- Conducta 4.ª: pasear solo por la calle (dificultad: 8).
- Conducta 5.ª: permanecer en un bar o comer en un restaurante (dificultad: 7,5).

Hipótesis explicativa

Una vez llevada a cabo la evaluación, se le da al paciente una información detallada de la agorafobia y se le explican los factores de adquisición y mantenimiento de este trastorno.

El elemento desencadenante del primer ataque de pánico en este caso es, probablemente, el malestar y la tensión experimentados por el paciente cuando hacía de conductor de un comandante en el servicio militar por temor a ser víctima de un atentado. A continuación, el paciente evita, por un proceso de condicionamiento, los lugares asociados al escenario del primer ataque —una oficina llena de gente— y, más tarde, por un proceso de generalización, todo tipo de lugares cerrados y públicos, así como transportes públicos y paseos en solitario. La tendencia a recluirse en casa es el último eslabón de una cadena de evitaciones que están mantenidas por reforzamiento negativo.

La terapeuta enseña al paciente que la evitación mantiene el pánico, que es, además, la fuente principal del trastorno y que la única forma de superarla es con la ayuda de una exposición regular. El programa diseñado plantea una exposición gradual y enseñanza de habilidades para el manejo de la situación y la reducción de la ansiedad.

Tratamiento

La intervención elegida en este caso fue el tratamiento de autoexposición gradual en vivo, en función del papel central que desempeñaban las conductas de evitación.

El programa terapéutico constó de siete sesiones individuales con una periodicidad semanal. En la primera semana, sin embargo, se realizaron dos sesiones, con un intervalo de tres días, con el fin de comprobar si el tratamiento se estaba desarrollando de forma correcta. La duración total de la terapia fue, por tanto, de seis semanas.

El programa de autoexposición se basó en los registros diarios del paciente, en el manual de autoayuda de Mathews et al. (1985) y en la demanda de colaboración de la hermana como coterapeuta, a

quien se le explicó su función (acompañar inicialmente al paciente en las tareas, reforzarle tras la realización de éstas y alentarle a seguir adelante en los momentos de desánimo). El contenido de la autoexposición que llevó a cabo el paciente estaba referido a las conductas-objetivo elaboradas conjuntamente entre él y la terapeuta. El paciente debía realizar las tareas de exposición seis días a la semana durante dos horas al día según las instrucciones de la terapeuta.

En la primera sesión la terapeuta seleccionó las dos primeras conductas-objetivo señaladas anteriormente (que son las que más dificultades le suponían y cuya superación más podía mejorar su calidad de vida) y estableció, junto con el paciente, las tareas de exposición que iba a llevar a cabo gradualmente en relación con dichas conductas. El paciente no debía tomar ningún ansiolítico ni superar el consumo de dos vasos de vino diarios (pero sin ingerir nada cuatro horas antes de las tareas) porque podían interferir negativamente con la exposición. Se le enseñaron dos estrategias de afrontamiento para superar el malestar causado por la exposición (respiraciones lentas y profundas y autoinstrucciones positivas) y se le instruyó a continuar con cada tarea de exposición sin abandonarla al menos hasta que se produjera una disminución del 50 por 100 de la ansiedad.

En la segunda sesión se revisaron los registros de tareas traídos por el paciente (apéndice 2), en los que había anotado todo lo sucedido en cada exposición, se comentaron las dudas del libro de autoayuda y se marcaron nuevas tareas en relación con las conductas 1.ª y 2.ª. En las siguientes sesiones, además de comprobar los registros, reforzar al paciente por los progresos experimentados y analizar conjuntamente los contratiempos surgidos, se comenzaron a fijar tareas relacionadas con el resto de las conductas-objetivo, a medida que se producía un progreso en las dos primeras. Todas las tareas estaban centradas especialmente en la regularización de la vida ordinaria y en el restablecimiento de unas relaciones sociales satisfactorias. La presencia de la coterapeuta junto al paciente en las tareas de exposición se iba reduciendo de forma progresiva según un ritmo de un 20 por 100 de tiempo menos por semana. A la 6.ª semana el paciente tenía que hacer todas las tareas por sí mismo.

Por último, en la séptima sesión se realizó un balance global del programa y de los logros experimentados, se recordó al paciente la necesidad de proseguir con la práctica y se establecieron, con el objetivo de mantener la motivación del paciente, unos objetivos a largo plazo que estaban fuera de la rutina diaria (viajes, vacaciones, etc.). La consecución de estos objetivos, así como las dificultades planteadas, se revisaron en las cuatro sesiones de seguimiento (uno, tres, seis y doce meses).

Resultados y conclusiones

El cambio terapéutico se evaluó a través de la aplicación de medidas repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados antes del tratamiento. El análisis comparativo entre el pre y el postratamiento reveló que se había producido una reducción notable de la evitación agorafóbica, así como de la inadaptación global del paciente.

La comparación entre el pre y el postratamiento permite concluir que se ha obtenido un avance significativo tras la intervención en todas las conductas-objetivo, excepto en la 5.ª («permanecer en un bar o comer en un restaurante»), que es, sin embargo, la menos incapacitante para la vida cotidiana del paciente.

El programa de autoexposición expuesto se ha mostrado eficaz en el tratamiento de este caso de agorafobia, con las ventajas adicionales de que los logros terapéuticos se han mantenido en los seguimientos, la duración de la terapia ha sido reducida, los efectos secundarios han sido inexistentes y el tratamiento se ha llevado a cabo de una forma autoadministrada (aplicado en el medio natural del sujeto, no en el hospital o en el centro de salud). La eficacia de este programa deriva, en buena medida, del protagonismo del paciente y de la atribución de los logros terapéuticos a sus propios esfuerzos.

La terapia de exposición ha actuado en este caso específicamente sobre las conductas de evitación y, de rebote, sobre las cogniciones catastrofistas, la activación autonómica y el pánico. La mejoría de las distorsiones cognitivas ha ido por detrás de la mejo-

ría de la evitación y de las alteraciones psicofisiológicas y parece haber sido resultado de la práctica persistente de la exposición.

Con la autoexposición se ha conseguido que el paciente se enfrente a sí mismo a las situaciones evitadas, eliminando así la posible dependencia del terapeuta y pudiéndose atribuir los logros a su persona. A su vez, las tareas de exposición han contribuido a reducir su aislamiento y a aumentar su tiempo de ocio y vida social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Bados, A. (2006). *Tratado... pánico y agorafobia.* Madrid: Pirámide.

En este texto el autor desarrolla un programa integrador eminentemente práctico para el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia, con un especial énfasis en el desarrollo de las técnicas de exposición.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Nuevos desarrollos en la terapia de exposición. En M. A. Vallejo (ed.), *Avances en modificación y terapia de conducta: técnica de intervención,* pp. 139-173. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Los autores describen en este capítulo la aplicación de la terapia de exposición, más allá de las fobias y del trastorno obsesivo-compulsivo, a cuadros clínicos muy diversos (trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, alcoholismo y dependencia de drogas, ludopatía, bulimia, etc.), bien en exclusiva, bien en combinación con otros enforques terapéuticos, así como la forma específica de hacerlo.

Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales,* 2 vols. Barcelona: Martínez Roca (original de 1987).

El autor revisa en el primer volumen los factores psicológicos y fisiológicos impliados en los miedos normales y patológicos, con un especial énfasis en su estudio filogenético. En el segundo volumen se detallan los trastornos de ansiedad y se describen los tratamientos de explosición y psicofarmacológicos, con una comparación entre unos y otros.

Olivares, J. y Méndez, F. X. (2005). Técnicas de exposición: la inundación. En *Técnicas de modificación de conducta,* 4.ª ed., pp. 113-132. Madrid: Biblioteca Nueva.

En este texto los autores llevan a cabo una descripción práctica de las técnicas de exposición. Se describen de una forma muy didáctica los pasos que se deben seguir en la aplicación de estas técnicas.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuál es el concepto utilizado específicamente en el paradigma de exposición para referirse a las situaciones generadoras de ansiedad?

   a) Estímulos condicionados.
   b) Estímulos discriminativos.
   c) Estímulos evocadores.

2. ¿Con qué proceso están relacionados los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante la exposición desde una perspectiva psicofisiológica?

   a) Con la habituación.
   b) Con la sensibilización.
   c) Con la respuesta de orientación.

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a las técnicas de exposición?

   a) Muestran una gran capacidad de generalización.
   b) Tienen una escasa capacidad de generalización.
   c) Suponen la adquisición de habilidades globales de *doping.*

4. En el tratamiento de los trastornos fóbicos mediante técnicas de exposición:

a) Las sesiones largas de exposición son más terapéuticas que las cortas porque facilitan la habituación.
b) Las sesiones cortas son más terapéuticas que las largas porque facilitan la sensibilización.
c) La duración de la exposición no es una variable relevante en el éxito terapéutico.

5. ¿Cuál es el mejor predictor de éxito terapéutico a largo plazo en la terapia de exposición?

a) Que en los primeros momentos de la tarea el paciente registre una disminución de la tasa cardíaca o de la conductancia de la piel.
b) Que la fobia sea de evolución reciente.
c) Que el paciente mejore tras unas pocas semanas de tratamiento por exposición.

6. ¿Cuál de los siguientes factores es un predictor de fracaso terapéutico en el tratamiento de exposición de los trastornos fóbicos?

a) Una antigüedad del problema muy alta.
b) Una intensidad de la fobia muy acentuada.
c) Un estado de ánimo deprimido persistente.

7. ¿Cuál de las siguientes sustancias químicas interfiere menos negativamente en la práctica de la exposición?

a) Los ansiolíticos.
b) Los antidepresivos.
c) El consumo de alcohol antes de la tarea.

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al método de la autoexposición?

a) Reduce la dependencia del terapeuta y disminuye el tiempo de la terapia.
b) Es un procedimiento terapéutico mucho menos potente que la exposición dirigida por el terapeuta.
c) Requiere necesariamente la utilización de un manual de autoayuda.

9. ¿Cuál es el objetivo específico de las técnicas de exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico?

a) La extinción de los estímulos asociados a la pérdida de control (eliminación del ansia de jugar).
b) La reducción de la ansiedad relacionada con el pago de las deudas.
c) El recondicionamiento interoceptivo.

10. ¿En qué cuadro clínico se aplica específicamente la exposición interoceptiva?

a) Trastorno de estrés postraumático.
b) Trastorno de pánico.
c) Trastorno de ansiedad generalizada.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	a	b	a	c	c	b	a	a	b

APÉNDICE 1

Conductas-objetivo (Echeburúa y Corral, 1993)

NOMBRE: FECHA:

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar y que supondrían una mejora significativa de su vida cotidiana.

Conducta	Descripción	Dificultad actual (0-10)
1.ª		
2.ª		
3.ª		
4.ª		
5.ª		

Escala de evitación

Indique con qué frecuencia evita cada una de las conductas-objetivo (señaladas arriba) a causa del miedo o de sensaciones desagradables. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

Conducta 1.ª ☐ **Conducta 4.ª** ☐

Conducta 2.ª ☐ **Conducta 5.ª** ☐

Conducta 3.ª ☐

Escala de miedo o malestar

Señale cuánto miedo experimenta en cada una de las conductas-objetivo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Conducta 1.ª ☐ **Conducta 4.ª** ☐

Conducta 2.ª ☐ **Conducta 5.ª** ☐

Conducta 3.ª ☐

APÉNDICE 2

Registro de tareas de exposición (Echeburúa y Corral, 1993)

Fecha	Hora de		Tareas de exposición	Ansiedad máxima (0-10)		Solo o con coterapeuta	Estrategias de afrontamiento
	Comienzo	Fin		Antes	Después		
			Conducta-objetivo 2.ª: ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos.				
19:11	19:30	21:30	Ir con mi hermana al cine un lunes por la tarde y sentarme al final de la sala en el extremo de la fila.	7	3	Coterapeuta.	Autoinstrucciones positivas: «Voy a disfrutar de la película; mi hermana está a mi lado».
23:11	22:30	00:30	Ir con mi hermana al cine un viernes por la noche y sentarme en la parte central de la fila. Mi hermana se sienta en otro lugar no cercano.	8,5	4	Coterapeuta.	Autoinstrucciones positivas: «Voy a ser capaz de hacer lo que hacen los demás; yo no soy distinto».
26:11	19:30	21:30	Ir solo al cine un lunes por la tarde y sentarme en la parte central al extremo de la fila.	9	4,5	Solo.	Respiraciones profundas. Autoinstrucciones positivas: «Voy a respirar; así me siento capaz».

APÉNDICE 3

Programa de autoexposición en la agorafobia (Echeburúa et al., 1993)

1. Marco global

Requisitos de la autoexposición

— Manuales (del paciente y del coterapeuta).
— Registro de las tareas de exposición.
— Presencia de un coterapeuta.
— Número de sesiones con el terapeuta: 7.

Estructura del programa de autoexposición

— Participación activa, gradual y continua.
— Frecuencia: 6 días/semana.
— Duración: 2 horas/día.
— Registros diarios de las tareas de exposición.

Función del terapeuta

— Explicar el programa de exposición.
— Precisar con exactitud lo que ha de hacerse.
— Implicar de forma activa al paciente.
— No hablar sobre el problema, sino sobre el programa.
— Objetivo principal: orientar al paciente hacia las conductas-objetivo por medio de las tareas adecuadas.

Función del paciente

— Seguir estrictamente las instrucciones del terapeuta.
— Exponerse a las tareas necesarias (que ahora evita) en cada una de las conductas-objetivo.
— Reforzarse al comprobar que es capaz de enfrentarse a dichas tareas y que no le ocurre nada malo por hacerlo.

Función del coterapeuta

— Servir de apoyo y de modelo, así como reforzar al paciente ante la extinción de las conductas de evitación.
— Acompañar al paciente según la siguiente programación:

- 1.ª semana: 100 por 100 del tiempo de las tareas.
- 2.ª semana: 80 por 100 del tiempo de las tareas.
- 3.ª semana: 60 por 100 del tiempo de las tareas.

- 4.ª semana: 40 por 100 del tiempo de las tareas.
- 5.ª semana: 20 por 100 del tiempo de las tareas.
- 6.ª semana: 0 por 100 del tiempo de las tareas.

El resto del tiempo estará localizable por el paciente.

2. Contenido de las sesiones con el terapeuta

1.ª sesión (45 minutos)

— Plantear la hipótesis del problema.
— Explicar el papel activo del paciente y la necesidad terapéutica de interrumpir las conductas de evitación.
— Describir la autoexposición en función de las conductas-objetivo.
— Comentar los manuales de autoayuda.
— Enseñar el registro y hacer referencia a la necesidad de completarlo.
— Instruir al paciente en el manejo del control del pánico.
— Precisar con detalle el papel del terapeuta.
— Hacer hincapié en la importancia del coterapeuta como modelo.
— Señalar el empleo adecuado del refuerzo y del autorrefuerzo.
— Preparar las tareas para realizar entra la 1.ª y la 2.ª sesiones. Se trabajan como mínimo dos objetivos por semana.
— Hacer un calendario de sesiones.

2.ª sesión (45 minutos)

— Revisar los registros del paciente.
— Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo.
— Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición.
— Comentar con el paciente y con el coterapeuta las dudas planteadas en relación con el libro de autoayuda.
— Preparar las tareas de la semana próxima.

3.ª sesión (30 minutos)

— Revisar los registros del paciente.
— Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo.
— Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición.
— Comprobar el manejo de la ansiedad por parte del paciente.
— Analizar las conductas adaptativas reforzantes (sociales, de tiempo libre, etc.).
— Preparar las tareas de la semana próxima.

4.ª sesión (30 minutos)

— Revisar los registros del paciente.
— Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo.

— Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición.
— Explicar el concepto de generalización: incorporación de conductas alternativas, tareas espontáneas, etc.
— Preparar las tareas de la semana próxima.

5.ª sesión (30 minutos)

— Revisar los registros del paciente.
— Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo.
— Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición.
— Discutir los planes a largo plazo:

a) Práctica continuada.
b) Establecimiento de nuevos objetivos.
c) Aumento de las actividades sociales.
d) Anticipación de las recaídas.
e) Relectura de los manuales de autoayuda en lo referido a la resolución de los problemas.

— Preparar las tareas de la semana próxima.

6.ª sesión (30 minutos)

— Revisar los registros del paciente.
— Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo.
— Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición.
— Estimular al paciente y a la pareja a establecer objetivos que estén más allá de la rutina diaria y que sean reforzantes (compras en grandes almacenes, viajes, vacaciones, etc.).
— Explicar la prevención de la recaída: signos tempranos de recaída, estrategias inmediatas de intervención, sesiones de recondicionamiento, etc.
— Preparar las tareas de la semana próxima.

7.ª sesión (45 minutos)

— Revisar los registros del paciente.
— Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo.
— Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición.
— Llevar a cabo un balance global de las tareas realizadas.
— Realizar una valoración del programa en relación con las conductas-objetivo: confianza, seguridad, autocontrol, etc.
— Recordar la relectura del manual.
— Insistir en que el mantenimiento de la práctica es la clave para el éxito futuro.
— Preparar un programa de seguimiento.
— Agradecer tanto al paciente como al coterapeuta su participación y mostrarse disponible en el caso de que surja cualquier contratiempo en el futuro.

Técnicas operantes I: desarrollo de conductas

11

CRISTINA LARROY

1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las conductas de los seres humanos son voluntarias y están controladas por sus consecuencias, por los cambios que provocan en el ambiente. Desde los comportamientos más sencillos, como presionar un interruptor, hasta los más complejos, como interpretar una sinfonía o escribir una tesis doctoral, se desarrollan y se mantienen porque esos comportamientos provocan en el ambiente un cambio agradable para la persona que los emite: se enciende (o apaga) la luz, en el caso del interruptor; se escucha la música y se reciben aplausos, en el caso de la sinfonía; se consigue el reconocimiento social y, posiblemente, un mejor trabajo, en el caso de la tesis... Por la misma razón nos ponemos unas gafas de sol cuando salimos a la calle un día resplandeciente, nos abrigamos cuando tenemos frío o nos paramos delante de un semáforo en rojo.

Las conductas que las personas emiten voluntariamente y que están controladas por sus consecuencias se denominan «conductas operantes».

Las técnicas para el control de las conductas operantes, tanto las destinadas a su instauración, desarrollo y generalización como las destinadas a la reducción o eliminación de determinados comportamientos, se denominan «técnicas operantes». Constituyen uno de los más utilizados y valiosos arsenales de técnicas de la modificación de conducta, y también uno de los más antiguos. Ya en 1948 Skinner publicaba *Walden Dos,* la narración sobre una sociedad utópica establecida y regida por las leyes del aprendizaje humano, con el objeto de que sus ciudadanos vivieran más descansados y felices. *Walden Dos* no se llevó nunca a la práctica tal y como la había ideado su autor, pero puso de manifiesto el alcance que las técnicas operantes podían tener, no sólo en la práctica terapéutica, sino en todos los ámbitos de la vida humana, como años después se ha llegado a comprobar (en la actualidad, además de en la clínica, las técnicas operantes están presentes en el arsenal tecnológico de la psicología educativa, de la del deporte, de la social, de la industrial, etc.).

Los planteamientos teóricos y prácticos del análisis conductual aplicado desempeñaron un importante papel en la instauración y desarrollo de la terapia de conducta tal y como hoy la entendemos; no sólo por la fundamentación teórica y experimental de las técnicas que utilizaban, sino también porque supusieron una nueva forma epistemológica de plantear el estudio de la conducta humana (Vila y Fernández-Santaella, 2004). Cierto es que el análisis radical de la conducta propuesto por Skinner, que eliminaba cualquier constructo hipotético o supuestas relaciones E-R no observables, cayó en relativo desuso con las aportaciones de otros modelos teóricos y el auge de la modificación de conducta cognitiva. Sin embargo, las técnicas derivadas del análisis conductual aplicado han seguido utilizándose con éxito en la terapia de conducta, tanto para instaurar o fortalecer conductas adaptativas como para reducir o eliminar comportamientos inadecuados.

2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

Los orígenes de las técnicas operantes se localizan el los trabajos de Thorndike sobre aprendizaje animal, trabajos que constituyeron las bases del condicionamiento instrumental, a partir de la formulación de la ley del efecto: *las consecuencias agradables o satisfactorias que siguen a una respuesta incrementan la conexión entre estímulo y respuesta, mientras que las consecuencias desagradables o insatisfactorias debilitan dicha conexión.* Lo que implica, a efectos prácticos, que aquellas conductas que conducen a un resultado positivo (recompensa) tienden a repetirse, mientras que aquellas conductas que conducen a un resultado negativo (castigo) dejan de emitirse.

El estudio experimental de las relaciones entre la conducta y sus consecuencias y su aplicación a problemas clínicos y sociales dio lugar al análisis conductual aplicado, como orientación teórica y empírica del estudio de la conducta humana.

Para los autores de esta orientación, lo que importa como objeto de estudio son, únicamente, aquellos elementos de la relación E-R que pueden observarse y someterse a experimentación. Se supone que las conductas están controladas, fundamentalmente, por su influencia en el ambiente. Se acepta la existencia de factores genéticos y orgánicos, y también, la de los sucesos internos (pensamientos, emociones, etc.), pero éstos no son considerados objetos de estudio porque, al no ser observables, no pueden ser abordados ni objetiva ni experimentalmente. Se consideran productos colaterales de la historia personal del sujeto, sin poder explicativo ni causal de la conducta que se estudia.

Respecto a la metodología, el análisis conductal aplicado opta por los diseños experimentales de caso único (N = 1), rechazando el uso de la estadística muestral y poniendo el énfasis en la realización de estudios replicables a partir de los cuales se pueden formular leyes o principios generales explicativos de la conducta. Defiende, por tanto, un planteamiento epistemológico inductivista (la obtención del conocimiento a través del estudio experimental del caso individual).

El aprendizaje mediante el establecimiento de relaciones entre la conducta y sus consecuencias es la base del desarrollo de las técnicas operantes. Sin embargo, este aprendizaje, aparentemente sencillo, está mediado por una compleja red de factores que van a determinar, de forma importante, su éxito o su fracaso. Factores tales como la contigüidad temporal entre la conducta y la consecuencia (que puede dar lugar a conductas supersticiosas), la existencia de contingencias competitivas o múltiples (muy utilizadas en la reducción de conductas desadaptativas), los juicios de causalidad (que permiten establecer contingencias ilusorias no existentes en la realidad) o los procesos de indefensión aprendida (que impiden o dificultan el aprendizaje de nuevas respuestas) han sido ampliamente estudiados por su influencia en el aprendizaje instrumental y porque, en algunos casos, como en las atribuciones de causalidad, han permitido la introducción, en el modelo operante, de conceptos cada vez más cognitivos. Una revisión más amplia de estos aspectos se recoge en Vila y Fernández-Santaella (2004).

Las primeras aplicaciones de las técnicas operantes están ligadas al campo de la educación (como el desarrollo de *máquinas de enseñar* y la instrucción programada de Skinner), pero rápidamente se extendieron al ámbito de la clínica, en la que no han dejado de obtener progresos y éxitos y en la que se pueden destacar algunos eventos importantes, como los primeros trabajos clínicos de Fuller, la aparición de los programas de economías de fichas de Ayllon y Azrin o el condicionamiento verbal de Greenspoon.

Antes de comenzar la explicación detallada de las técnicas operantes, conviene repasar algunos de los conceptos básicos relacionados con ellas.

Respuesta operante. Es una respuesta emitida libremente por el individuo, que genera cambios en el ambiente y cuya probabilidad de emitirse en el futuro está controlada por dichos cambios (por ejemplo, se gira un grifo y sale agua; la conducta de girar un grifo no es innata, las personas la aprenden porque siempre o casi siempre que se gira un grifo se obtiene agua).

Contingencia. Hace referencia a la relación entre la conducta y los cambios ambientales que la siguen (las consecuencias); para que una consecuen-

cia sea *contingente* con la conducta, debe aparecer sólo cuando se ha dado la conducta objetivo, pero no en otras situaciones. Si la consecuencia aparece independientemente de que se haya dado o no la conducta, no es contingente con ésta.

Reforzador positivo. Estímulo cuya aparición contingente con la conducta hace que ésta se incremente; generalmente, es un estímulo agradable para el sujeto, una recompensa (puede ser una caricia, un dulce. diez minutos de conversación telefónica...).

Reforzador negativo. Estímulo cuya desaparición contingente con la conducta hace que ésta se incremente; generalmente, es un estímulo aversivo o desagradable para el sujeto (frío, hambre, la presencia de alguien o de algo que nos desagrada, etc.).

Reforzamiento positivo[1]. Proceso por el que se incrementa una conducta mediante la presentación contingente de un estímulo agradable.

Reforzamiento negativo. Proceso por el que se incrementa una conducta mediante la eliminación de un estímulo aversivo o desagradable para el sujeto.

Castigo positivo. Proceso por el que se reduce o elimina una conducta mediante la presentación contingente de un estímulo aversivo (puede ser un grito, un golpe, la presencia de algo o alguien que nos desagrade, etc.).

Castigo negativo. Proceso por el que se reduce o elimina una conducta mediante la desaparición contingente de un estímulo agradable para el sujeto (puede ser una multa, que tu pareja no te hable, que te apaguen la tele en el punto culminante de la película, etc.).

Extinción. Proceso por el que se reduce o elimina una conducta mediante la discontinuidad en la presentación de un reforzador positivo (es decir, la conducta previamente reforzada deja de estarlo).

Recuperación. Proceso por el que se incrementa una conducta mediante la discontinuidad en la presentación de un estímulo aversivo (es decir, una conducta que previamente había sido castigada deja de serlo).

Un resumen de estos procedimientos se ofrece en la tabla 11.1.

Las conductas no sólo están controladas por sus consecuencias, sino también por los estímulos que las preceden, los antecedentes. Las conductas no se dan en el vacío, sino en situaciones ambientales determinadas, en diferentes contextos. Estas situaciones, que preceden a la conducta, pueden llegar a controlarla de forma indirecta, facilitando o dificultando la emisión de la conducta. Para ello es necesario que las consecuencias que controlan la conducta se den en esas situaciones, y no en otras. Por ejem-

TABLA 11.1

Procedimientos operantes para el control de las conductas

	E+ (agradable)	**E– (aversivo)**
Presentación contingente	Reforzamiento positivo.	Castigo positivo.
Retirada contingente	Castigo negativo (tiempo fuera, costo respuesta).	Reforzamiento negativo.
Discontinuidad de contingencia	Extinción.	Recuperación.

[1] Nótese que los términos *positivo* y *negativo* no se refieren aquí a las características del estímulo (que sea agradable o desagradable), sino a su presentación (positivo) o retirada (negativo).

plo, un semáforo verde facilita la conducta de cruzar la calle, una caja de cereales vacía indica que hay que hacer la compra, los platillos que se ofrecen en una cinta móvil en los restaurantes japoneses incitan a los clientes a comer, etc. Ahora bien, el control por los antecedentes también puede darse en el sentido contrario, en el de inhibir la conducta; en este caso, el estímulo indica que la respuesta no va a ser reforzada, por lo que, probablemente, ésta no se dará: por ejemplo, una taza vacía indica que llevársela a la boca para beber no va a servir para obtener bebida (ésta es la razón por la que nunca bebemos de una taza vacía), un cartel de *Averiado* indica que no sirve de nada meterse en el ascensor, un semáforo en rojo inhibe nuestra conducta de cruzar la calle, etc.

A las situaciones que favorecen que se dé la conducta, porque ha sido previamente reforzada en situaciones similares, se las denomina *estímulos discriminativos* o E^D (por ejemplo, el primero de mes puede ser un E^D para ir al banco a sacar dinero). Las situaciones que dificultan que se dé la conducta, porque en ocasiones previas similares ésta nunca ha sido reforzada, se denominan *estímulos delta* o E^Δ (por ejemplo, la presencia del profesor suele ser un E^Δ para la conducta de copiar abiertamente en un examen). Lo más habitual es que una misma conducta esté controlada, simultáneamente, por E^D y E^Δ, de modo que únicamente se dé en determinadas circunstancias, pero no en otras: así, llevamos un bol de palomitas a un cine, pero no a un concierto de música clásica. Por otro lado, una misma situación funciona como E^D para algunas conductas y como E^Δ para otras: si pido que me sirvan vino blanco, la petición funciona como E^D para la conducta de servir vino blanco y como E^Δ para la de servir vino tinto (o agua o champán).

3. PROCEDIMIENTOS

Existen procedimientos para reforzar conductas ya existentes y procedimientos para instaurar conductas que el sujeto no posee. En cualquier caso, todos se basan en la utilización del reforzamiento positivo.

La potencia de los procedimientos operantes para instaurar o fortalecer comportamientos ha quedado patente en infinidad de estudios. Existe, sin embargo, un aspecto de estos mismos procedimientos que muy pocos trabajos han resaltado y que es sumamente importante, en todos los ámbitos, pero especialmente en la práctica clínica: los efectos emocionales positivos que acompañan al refuerzo. Y éste es un olvido lamentable, porque, tal como señalan Vila y Fernández-Santaella (2004): «las consecuencias reforzantes constituyen la fuente más poderosa de emociones positivas para las personas que las reciben, del mismo modo que las manifestaciones emocionales positivas por parte de quienes aplican el refuerzo constituyen la fuente más poderosa de reforzamiento [...] Es una pena que al enfatizar el potente efecto de aprendizaje que tiene el refuerzo, frente al pobre o nulo que tiene el castigo, los defensores del modelo operante no hayan enfatizado también el potente efecto emocional del refuerzo y su papel en el establecimiento de vínculos afectivos entre las personas». Y esto, como cualquier terapeuta puede constatar en su práctica diaria, constituye un pilar básico de la relación humana.

3.1. Programas de reforzamiento

Los programas de reforzamiento son útiles para fortalecer (hacer más frecuentes o más duraderas) determinadas conductas que ya existen en el repertorio comportamental de la persona. A la hora de establecer cualquier programa de reforzamiento, es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones que harán que el programa funcione mejor. Estas consideraciones se recogen en la tabla 11.2.

Un programa de reforzamiento tiene que incluir los pasos siguientes:

1. Definición de la conducta:

   a) Conducta inicial.
   b) Conductas meta.
   c) Conductas intermedias.

2. Búsqueda y selección de reforzadores.
3. Programa de refuerzo.

TABLA 11.2

Consideraciones para un programa de reforzamiento. Obtenida de Crespo y Larroy (1998)

— Antes de comenzar la intervención, presentar al sujeto sus objetivos y procedimientos y los beneficios derivados del cambio conductual.
— Obtener la línea base de la conducta objetivo.
— Identificar los reforzadores eficaces para ese sujeto concreto.
— Clarificación verbal de la conducta y la relación de contingencia entre conducta y reforzador.
— Proporcionar los reforzadores de forma inmediata y contingente con la conducta; de modo progresivo se puede ir retrasando la administración del reforzador.
— Utilizar diversos reforzadores para evitar que pierdan su potencia reforzadora.
— La cantidad de reforzador a utilizar se establece en función del estado de privación/saciación del sujeto.
— Usar en la medida de lo posible reforzadores generalizados y señales de logro de rendimiento; tendrán prioridad los reforzadores sociales y los naturales en el medio del sujeto.
— Controlar las fuentes de reforzamiento y la posible presencia de contingencias competidoras.
— Al principio reforzar la conducta continuamente (incluso con programas de reforzamiento continuo) hasta llegar a una frecuencia óptima de emisión de la conducta. Pasar entonces, gradualmente, a un reforzamiento intermitente, con tasas de reforzamiento cada vez más bajas.
— Dar valor a los reforzadores intrínsecos de reforzamiento continuo hasta llegar a una frecuencia óptima de emisión de la conducta. Pasar entonces, gradualmente, a un reforzamiento intermitente, con tasas de reforzamiento cada vez más bajas.
— Dar valor a los reforzadores intrínsecos.

4. Aspectos contextuales:

    a) Quién va a reforzar.
    b) Cuándo.
    c) Dónde.
    d) Cómo.

A continuación se explica pormenorizadamente cada uno de esos pasos.

3.1.1. *Definición de la conducta*

El comportamiento con el que vayamos a trabajar debe estar definido en términos operativos, observables y mensurables, incluyendo, si es posible, cuándo y dónde se va a realizar la conducta. De este modo, podremos establecer la línea base (conducta inicial) y ver si el programa alcanza los objetivos prefijados (conducta meta). Muy pocas veces esos objetivos se alcanzan de un solo paso, de modo que es necesario establecer conductas intermedias. El número de conductas intermedias necesario dependerá de:

a) El nivel basal de la conducta.
b) La dificultad de la conducta objetivo.
c) Las habilidades de la persona en cuestión.

Como en cualquier programa terapéutico, el número de conductas intermedias tiene que ser tal que permita su fácil acceso por parte del sujeto, pero sin generar aburrimiento. Por ejemplo, conducta meta para un estudiante universitario podría ser estudiar de lunes a viernes tres horas, entre las cuatro y las ocho de la tarde. La conducta inicial o línea base es una media de estudio diario (de lunes a viernes) de 35 minutos, con un rango entre 0 y 60 minutos. Las conductas intermedias pueden ser:

1. Estudiar de lunes a viernes una hora diaria, entre las cuatro y las seis de la tarde.
2. Estudiar de lunes a viernes una hora y media diaria, entre las cuatro y las seis de la tarde.
3. Estudiar de lunes a viernes dos horas diarias, entre las cuatro y las siete de la tarde.
4. Estudiar de lunes a viernes dos horas y media diarias, entre las cuatro y las ocho de la tarde.

3.1.2. *Búsqueda y selección de reforzadores*

En un programa de reforzamiento generalmente se han de utilizar varios reforzadores para evitar el problema de la saciación. Es fundamental que los reforzadores elegidos cumplan una serie de características (véase también la tabla 11.2):

a) Que sean realmente agradables para la persona.
b) Que sean suficientemente potentes.
c) Que estén disponibles en el medio habitual del sujeto.
d) Que sólo estén disponibles por el administrador del programa.
e) Si es posible, que sean naturales.

Los reforzadores pueden ser de varios tipos: comestibles, tangibles, cambiables, de actividad y sociales. Las ventajas e inconvenientes de cada tipo de reforzador, así como ejemplos de cada categoría, se encuentran en la tabla 11.3.

La administración de los reforzadores debe ser contingente con la conducta (es decir, sólo se administran reforzadores si se ha emitido la conducta) y temporalmente contigua a ésta (tan cercana en el tiempo como sea posible). De esa manera, se incrementa la potencia del procedimiento. Respecto a la magnitud del reforzador, no es fácil establecer de antemano cuánto hay que administrar, pues eso depende de múltiples factores (la potencia del reforzador, el esfuerzo que cuesta la conducta, la fase del programa en la que estemos, etc.); pero sí hay que tener presente que el reforzador debe ser lo suficientemente importante para el sujeto como para que se implique en el procedimiento. Por tanto, hay que empezar con cantidades altas de reforzador, cantidades que posteriormente se pueden ir reduciendo.

La búsqueda de reforzadores puede hacerse por distintos métodos: entrevistas, cuestionarios y a través de la observación de las conductas frecuentes del sujeto, que nos permitirán aplicar el principio de Premack (asociar una conducta de baja frecuencia, la que queremos fortalecer, con una de alta frecuencia que el sujeto ya presente). Por ejemplo, se pueden asociar las autoverbalizaciones positivas de una mujer (conducta de baja frecuencia) con beber agua (conducta de alta frecuencia), de forma que cada vez que bebe tiene que repetirse unas frases positivas que ha escrito en una ficha. Martin y Pear (2008) informan de un caso exitoso tratado de forma similar.

De entre todos los reforzadores indicados por el sujeto se escogerán aquellos que estén fácilmente disponibles y que cumplan las características comentadas anteriormente (en ese sentido, es especialmente importante que el reforzador sólo esté disponible cuando se emita la conducta adecuada; si no se cumple esta condición, el programa no funcionará adecuadamente). En los primeros momentos del programa es aconsejable contar con reforzadores potentes, aunque no sean naturales o no se den habitualmente en el medio del sujeto; en las fases de consolidación y retirada del programa, por el contrario, es mejor utilizar reforzadores que sean naturales o habituales en el contexto del sujeto (por ejemplo, su plato favorito; ver un capítulo de su serie preferida, etc.). Y siempre, siempre, hay que utilizar reforzadores sociales: acompañando a los demás, al principio, y solos en las fases finales del programa.

Una última consideración, que a veces, por obvia, se olvida: los reforzadores deben ser siempre del gusto del sujeto (y no de los padres del sujeto o de la esposa del sujeto, etc.). Esto es especialmente importante (y hay que incidir en ello) cuando los agentes reforzadores van a ser los padres, quienes, a veces, consideran que son mejores para el niño «premios» diferentes de los establecidos por éste y los cambian, haciendo que el programa fracase (Larroy, 2007).

3.1.3. *Programas de refuerzo*

Se denomina *programa de refuerzo* la regla que especifica qué emisión de la conducta, dentro de una serie de ellas, va a ser reforzada (si es que lo va a ser alguna). Los programas de reforzamiento pueden ser *continuos* (se refuerzan todas las apariciones de la conducta) o *intermitentes* (sólo se refuerzan algunas de las emisiones de la conducta, pero no todas).

TABLA 11.3

Ventajas, inconvenientes y ejemplos de tipos de reforzadores. Obtenida de Crespo y Larroy (1998)

Estímulos	Ventajas	Desventajas	Ejemplos
Comestibles	— Muy potentes si hay privación. — Muy útiles en niños pequeños y en deficientes. — Reforzadores casi universales.	— Llegar a un acuerdo con los padres. — Interrumpen la aplicación del programa. — Fácil saciación. — Pueden ser perjudiciales para la salud o influir en la nutrición. — Problemas con otros.	— Caramelos, chocolate. — Chucherías variadas. — Galletas, patatas fritas, bollos. — Zumos, batidos.
Tangibles	— Muy potentes. — Difícil saciación (por ejemplo: partes).	— Pueden crear problemas con otros miembros del grupo. — Justificación ante padres, tutores... — No usar objetos grandes y costosos.	— Soldaditos de plástico, piezas de construcciones. — Cromos, conchas, sellos, monedas. — Pintalabios, lazos, corbatas.
Cambiables	— Fácilmente administrables. — Permiten el retraso del reforzamiento natural. — Evitan la saciación.	— Uso incorrecto. — Permiten acumulación.	— Fichas de parchís, de póquer. — Billetes de Monopoly. — Flores de cartón.
Actividades	— Muy variadas. — Fácil elección (principio de Premack). — Difícil saciación. — Naturales, poco intrusivas.	— Difícil administración. — Retraso en el tiempo.	— Quince minutos de hablar por teléfono. — Ver un episodio de la serie preferida. — Jugar un partido de baloncesto.
Sociales[1]	— Difícil saciación. — Fácil administración. — Promueven la autoestima. — Inducen motivación intrínseca. — Natural en situaciones sociales. — No interrumpen el programa. — Variados. — Mejor alabanza específica. — Poco costosos.	— Fácil de olvidar para el administrador. — Baja potencia al principio.	— Sonrisa, expresiones de asentimiento. — Caricias, cosquillas, abrazos. — Alabanzas específicas.

[1] Suelen desempeñar algún papel en cualquier programa de reforzamiento.

El refuerzo continuo es muy sencillo de aplicar y muy frecuente (de hecho, muchos comportamientos cotidianos, como pulsar un interruptor o abrir un grifo, están mantenidos por refuerzo continuo) y suele resultar adecuado durante la fase de adquisición de la conducta (cuando el comportamiento se aprende) porque permite que ésta obtenga refuerzo siempre y, así, se facilita y se hace más rápido el aprendizaje. Sin embargo, a medida que avanza la intervención es más adecuado establecer un programa de refuerzo intermitente, por varias razones:

a) Las conductas sometidas a programas intermitentes son más resistentes a la extinción.
b) El problema de la saciación tarda más en presentarse o no se presenta.
c) El rendimiento es, generalmente, más estable.
d) Se favorece el mantenimiento y la generalización del programa, así como la retirada de éste.

Existen diversos tipos de programas intermitentes: programas de razón, programas de intervalo (simple y con margen limitado) y programas de duración[2].

En los *programas de razón* se refuerza una de cada *x* conductas (una de cada tres, una de cada veinte o una de cada cien). Los programas de razón pueden ser de razón fija o de razón variable. En los primeros (RF) siempre se refuerza la conducta después de un número fijo de emisiones: por ejemplo, RF:5 significa que la conducta se reforzará en la emisión 5; RF:10 en la 10, etc. En los programas de razón variable (RV) la conducta se refuerza tras un número variable de emisiones, en función de un determinado promedio; y así, en RV:5, la conducta se puede reforzar en las emisiones 4, 11 y 15 (pero se ha de mantener un promedio de cinco emisiones por refuerzo). En general, es conveniente empezar con tasas altas de reforzamiento (cada pocas conductas) e ir aumentando gradualmente la razón (por ejemplo, se pasa de RF:4 a RF:8, RF:15, etc.), pero el progreso de ésta suele establecerse mediante ensayo y error: si la conducta se mantiene a tasas estables y adecuadas, se aumenta la razón; si la conducta decae, se vuelve a una razón anterior y se prueba posteriormente con otra ligeramente mayor. Existen muchos ejemplos de programas de razón en la vida cotidiana: los trabajadores a destajo que cobran en función de la tarea que realizan (por ejemplo: ensobrar folletos) son un ejemplo de programas de razón fija; meter dinero en las máquinas tragaperras o lanzar un anzuelo para pescar son, por ejemplo, conductas mantenidas por programas de razón variable.

Existen efectos diferenciales en la conducta en ambos tipos de programas. Y así, encontramos que:

a) Cuando se utiliza RF, suele producirse una pausa postrefuerzo, que no aparece en RV.
b) Los programas de RV pueden aumentar el requisito de reforzamiento más rápidamente que los de RF sin que se produzca una caída en la tasa conductual.
c) Habitualmente se consiguen tasas algo más altas con programas de RV frente a RF.
d) Las conductas son más resistentes a la extinción bajo programas de RV.

A pesar de las ventajas de los programas de RV, se suelen utilizar más los programas de razón fija porque su administración es más sencilla (Martin y Pear, 2008).

Los programas de razón, ya sea ésta fija o variable, se utilizan cuando se quiere generar una alta tasa de respuestas (por tanto, son más adecuados en las fases tempranas de la intervención) y cuando las conductas se pueden registrar (pues es necesario contarlas para saber cuándo se deben reforzar).

En los *programas de intervalo,* se refuerza la primera conducta pertinente que aparece después de que haya transcurrido un lapso determinado de tiempo. Por ejemplo, la primera vez que acudamos al cajero para consultar el saldo (conducta), a primeros de mes (intervalo), nos llevaremos la grata sor-

[2] Los programas tradicionalmente estudiados son los de razón y los de intervalo.

presa de ver nuestro saldo incrementado (refuerzo) (si, por el contrario, hubiéramos acudido una semana antes, seguramente nos habríamos llevado un disgusto). Al igual que los de razón, los programas de intervalo pueden ser fijos o variables. En los programas de intervalo fijo, siempre transcurre el mismo lapso de tiempo entre la última conducta reforzada y la siguiente. Por ejemplo, si encendemos la televisión para ver un capítulo de nuestra telenovela preferida, sólo cuando lo hagamos a la hora de emisión nuestra conducta será reforzada; y hasta el día siguiente, a la misma hora, por muchas veces que encendamos el aparato, no podremos ver un nuevo capítulo. En este caso hablaríamos de un programa de intervalo fijo 1 (IF:1día) porque ha de pasar un día hasta que la conducta sea nuevamente reforzada (nótese que el intervalo puede estar expresado en cualquier unidad de tiempo, minutos, horas, días, etc., por lo que, en cada caso, habrá que especificar la unidad en concreto). En los programas de intervalo variable, la duración de los intervalos entre refuerzos cambia de forma impredecible, con un promedio de duración de intervalo predeterminado. Por ejemplo, un programa de IV:30 minutos indica que los refuerzos pueden aparecer a los 15, 25 y 50 minutos, pero que el tiempo promedio entre refuerzos es de 30 minutos. Ejemplos de conductas sometidas a intervalo variable son comprobar si hemos recibido un email o si tenemos un mensaje en el buzón de voz (dado que pueden aparecer en cualquier momento).

Los programas de intervalo simple no suelen utilizarse en la intervención clínica, por lo menos en las primeras fases, por varios motivos:

a) En general, producen tasas de respuesta inferiores a los programas de razón.
b) Los programas de intervalo fijo producen pausas postrefuerzo prolongadas (durante un tiempo, la persona no emite la conducta, porque sabe que ésta no va a ser reforzada).
c) Son programas poco prácticos, pues obligan a un seguimiento continuo de la conducta, al finalizar los intervalos, hasta que aparece la respuesta pertinente (Martin y Pear, 2008).

Aunque no son muy útiles para las fases tempranas de la intervención (adquisición y consolidación rápida de la conducta), sí lo son, en cambio, en las fases de retirada del programa, dado que las respuestas sometidas a programas de intervalo (especialmente de IV) mantienen la tasa de respuesta bastante estable y producen conductas resistentes a la extinción.

En la figura 11.1 se observan los registros acumulativos obtenidos a partir de los cuatro programas comentados: razón fija, razón variable, intervalo fijo e intervalo variable, bajo dos condiciones: mantenimiento y extinción del programa. En el eje horizontal se representa el tiempo, y en el vertical, el número acumulado de respuestas. Las líneas cortas oblicuas señalan los momentos de reforzamiento. Como puede apreciarse, existen efectos diferenciales de los distintos programas en la tasa de las conductas, tanto en la adquisición como en la extinción.

Los programas de reforzamiento intermitente pueden combinarse para formar programas complejos más potentes. Y así, por ejemplo, añadir un margen limitado de tiempo para obtener el reforzamiento, en los programas de intervalo, hace que la tasa de la conducta aumente hasta niveles similares a los de un programa de razón. El margen limitado es un plazo de tiempo finito en el que el refuerzo está disponible; únicamente si se emite la conducta en este plazo, ésta será reforzada. Esto es algo que los profesionales de la publicidad conocen y manejan muy bien: «Ahora, compre este automóvil con un descuento de 6.000 euros. Sólo hasta fin de mes». Para indicar que el programa es de intervalo con margen limitado, utilizaremos la signatura: /ML. Por ejemplo, si queremos indicar que estamos trabajando con un programa de intervalo variable de 30 minutos, con un margen limitado de 5 minutos, lo indicaremos así: IV:30 minutos/ML:5 minutos. Los programas de intervalo con margen limitado son habituales en la intervención para modificar conductas, tanto en el ámbito clínico como en el educativo.

En los *programas de duración,* el refuerzo se produce después de que la conducta haya persistido durante un período determinado de tiempo. En los programas de duración fija (DF), ese período será

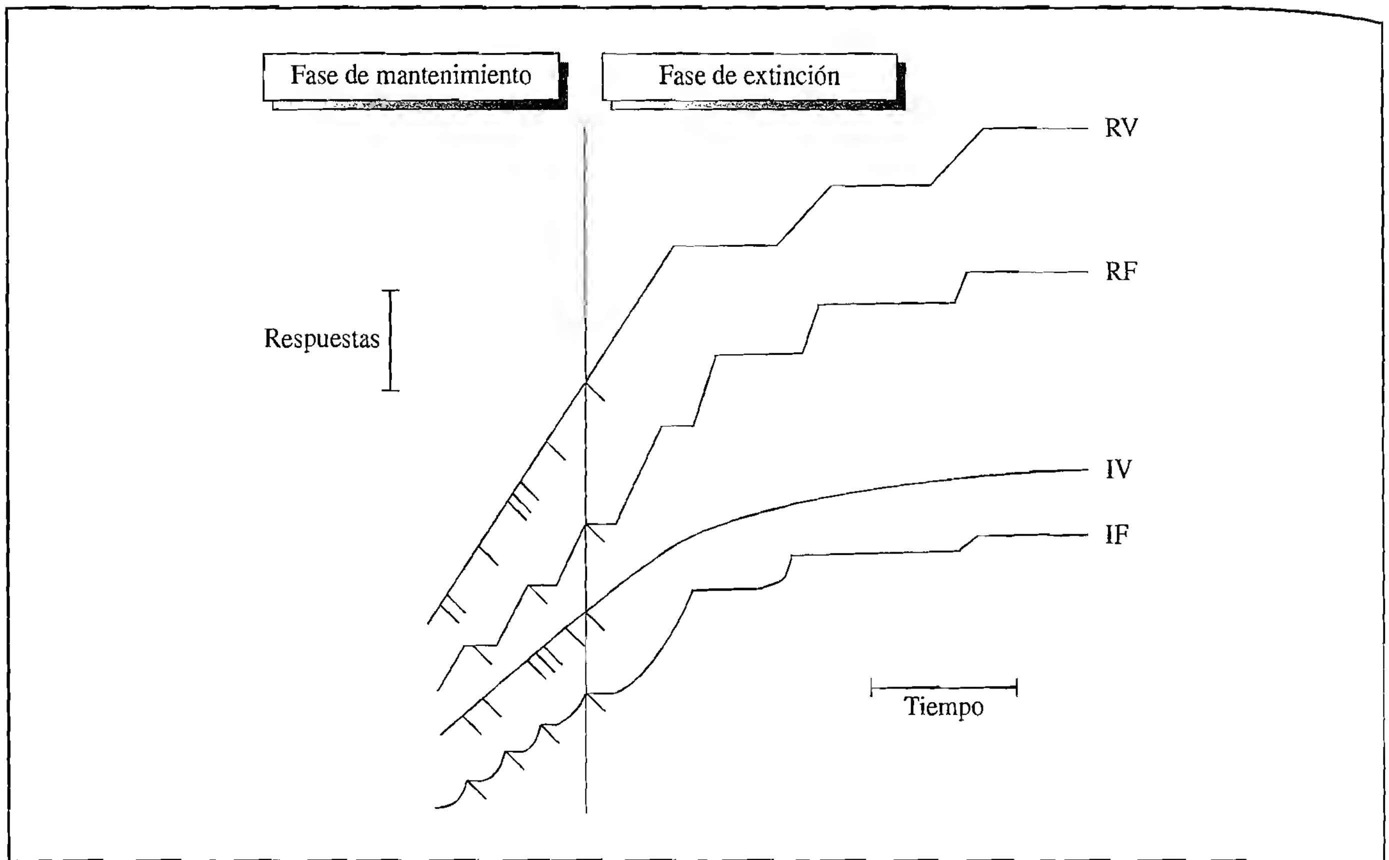


Figura 11.1.—Registros acumulativos de la conducta, durante las fases de mantenimiento y extinción, bajo cuatro programas de reforzamiento intermitente: razón fija (RF), razón variable (RV), intervalo fijo (IF) e intervalo variable (IV) (gráfico basado en Reynolds, 1968).

siempre el mismo, mientras que en los programas de duración variable (DV) ese período cambiará de forma no predecible, con un promedio determinado. Los programas de duración, tanto fijos como variables, producen largos períodos de conducta sostenida (aunque pueden aparecer pausas postrefuerzo, especialmente en los de duración fija). Son muy adecuados cuando el objetivo de la intervención es que la conducta persista cada vez por más tiempo. Conductas como la de estudiar, prestar atención en clase, atender a una pantalla de control aéreo, mantener el contacto visual en la comunicación social, etc., son adecuadas para someter a programas de duración (siempre y cuando nos aseguremos de que realmente estamos reforzando la conducta de estudiar, o de prestar atención, y no la de permanecer sentado y quieto).

La tabla 11.4 recoge un resumen de las características de cada uno de los programas que se han comentado, en sus modalidades de fijo o variable, y de sus aplicaciones.

3.1.4. *Aspectos contextuales*

Una última consideración a tener en cuenta a la hora de establecer un programa de reforzamiento es la de los aspectos contextuales, es decir, cómo, cuándo, dónde y por quién se va a llevar a cabo el programa.

Lo más habitual y aconsejable es que el programa se realice en el medio habitual de la persona, no en la consulta, de modo que se favorezcan la generalización y el mantenimiento del aprendizaje.

a) *Quién va a reforzar:* el agente dispensador del refuerzo suele ser la persona que se encarga de la supervisión del programa: ma-

TABLA 11.4

Efectos diferenciales y aplicaciones de los programas de reforzamiento. Obtenida de Martin y Pear (2008)

Programa	Fijo	Variable	Aplicaciones
Razón	Tasa de respuesta alta y estable; pausa postrefuerzo corta; resistencia a la extinción elevada.	Tasa de respuesta alta y estable; sin pausa postrefuerzo; resistencia a la extinción elevada.	Para incrementar y mantener tasas de respuesta específicas que puedan contarse fácilmente, por ejemplo, solucionar bien problemas de sumas y restas o repetir correctamente un ejercicio gimnástico.
Intervalo simple	Tasa de respuesta aumenta gradualmente; pausa postrefuerzo larga; resistencia a la extinción moderada.	Tasa de respuesta moderadamente estable; sin pausa postrefuerzo; resistencia a la extinción moderadamente alta.	No se emplea habitualmente en programas comportamentales.
Intervalo con margen limitado	Tasa de respuesta alta y estable (con pequeños intervalos); pausa postrefuerzo corta; resistencia a la extinción moderada.	Tasa de respuesta alta y estable; sin pausa postrefuerzo; resistencia a la extinción elevada.	Para incrementar y mantener la duración o frecuencia estable de comportamientos infantiles, como atender en clase o jugar cooperativamente durante los viajes en coche, o patalear en las clases de natación.
Duración	Comportamiento continuo; resistencia a la extinción moderada.	Comportamiento continuo; resistencia a la extinción alta.	Para incrementar y mantener conductas que puedan registrarse continuamente y que deben mantenerse a lo largo de un período prolongado, como practicar lecciones de piano.

dre, padre, pareja, maestro, etc. También puede ser el propio sujeto (en este caso, el proceso se denomina «autorrefuerzo»). En general, cuantas más personas estén implicadas, mejor; así se evita que una de ellas quede asociada al proceso, se convierta en Ed y el sujeto sólo emita la conducta en presencia de esa determinada persona.

b) *Cuándo:* en principio, cuanto más cercano sea el refuerzo a la emisión de la conducta, mejor. Sin embargo, esto no es imprescindible, porque los humanos contamos con instrucciones, reglas, que nos permiten demorar por un tiempo la obtención del refuerzo, de modo que se pueden fijar momentos del día o de la semana en que éste se dispense, aunque no sea de forma inmediata (con los niños, esto no funciona, pues no han desarrollado la capacidad de espera del reforzamiento).

c) *Dónde:* es útil reforzar la conducta en todas aquellas situaciones en las que ésta aparezca.

d) *Cómo:* los reforzadores materiales deben ir siempre acompañados de refuerzo social (sonrisas, caricias, señales de asentimiento, verbalizaciones positivas, etc.); y si éste es específico para la conducta (alabanzas del

tipo: *Estoy muy contenta de que hayas recogido tu cuarto*), mejor.

Hasta el momento se han comentado técnicas de fortalecimiento de conductas ya existentes en el repertorio del sujeto. Cuando éstas no están en el arsenal comportamental de la persona, necesitamos técnicas de instauración, y, entre ellas, podemos destacar tres: moldeamiento, encadenamiento y desvanecimiento.

3.2. Moldeado

También denominado *aprendizaje por aproximaciones sucesivas,* es un procedimiento que consiste en el reforzamiento de las sucesivas aproximaciones a la conducta final y la extinción de las respuestas previas, no tan similares.

Es un procedimiento muy utilizado, espontáneamente, en el aprendizaje de las habilidades cotidianas: por ejemplo, al hablar, los padres refuerzan cualquier sonido que se aproxime a una palabra; al escribir, la profesora refuerza los trazos que se asemejan a una letra, etc.

En la aplicación del moldeamiento o moldeado, se siguen los pasos siguientes:

a) *Definición de la conducta final.* Debe contemplar todas las características de la conducta (frecuencia, duración, topografía, etc.), así como, si es posible, las circunstancias en las que debe y no realizarse. Por ejemplo, si estamos entrenando a un joven en habilidades de comunicación, podríamos definir la conducta de saludo (conducta meta) como mirar a la cara a la otra persona durante tres o cuatro segundos, inclinar levemente la cabeza y decir: *Buenos días* o *Buenas tardes.*
b) *Definición de la conducta inicial* (véase también 3.1.1). Debe ser una conducta que ocurra con la frecuencia suficiente como para que pueda ser reforzada y que tenga alguna característica similar a la que queremos instaurar. Por ejemplo, si pretendemos enseñar un baile a una persona con discapacidad motora, podemos escoger la conducta de *Adelantar la pierna derecha* para empezar a reforzar.
c) *Definición de las conductas intermedias o pasos del moldeamiento.* Son los pasos que nos llevan hasta la conducta final (véase también 3.1.1). A veces, se facilita la emisión de la conducta si se utilizan instigadores (estímulos que promueven el inicio de una respuesta cuando el sujeto muestra dificultades para ello). Instrucciones como *Pon la pierna derecha en el suelo* o *Pega la lengua al paladar en la zona delantera de la boca* ayudan a que el aprendizaje de habilidades como bailar o pronunciar determinados sonidos sea más rápido. Los instigadores pueden ser verbales (como las instrucciones), gestuales (por parte del terapeuta, para que el sujeto lo imite), ambientales (se cambian las condiciones del contexto para facilitar la conducta) o físicos (se guía físicamente la conducta del sujeto).
d) *Determinar el tamaño de cada paso y el tiempo de permanencia en él.* El número de pasos o conductas intermedias está determinado por una serie de variables:

1. El nivel de la conducta inicial.
2. La dificultad o complejidad de la conducta objetivo.
3. Las habilidades y recursos de la persona en cuestión.

Como en cualquier programa terapéutico, el número de conductas intermedias o pasos tiene que ser tal que permita su fácil acceso por parte del sujeto, pero sin generar aburrimiento. No hay pautas generales para contestar cuántas veces debe reforzarse una conducta antes de pasar a la siguiente, pero se suele establecer el criterio de que cuando la conducta se dé de forma adecuada entre el 80 y el 90 por 100 de las veces, se pasa al paso siguiente. Tampoco es conveniente reforzar demasiadas veces cualquiera de las fases del moldeado, pues eso puede hacer menos pro-

bable la aparición de otros comportamientos más avanzados. Asimismo, si al cambiar de fase el sujeto no fuera capaz de dar la respuesta adecuada, se vuelve a la fase anterior y se establece un paso intermedio.

e) El moldeamiento exige que, *a la vez que se van reforzando las nuevas conductas o fases, se vayan extinguiendo totalmente las fases anteriores*, de modo que el reforzamiento sólo estará disponible para la conducta que estemos trabajando en ese momento (si se diera una conducta más avanzada, aunque no estuviera planeado, también se recompensará). Por ejemplo, si estamos enseñando a hablar a un bebé, al principio reforzaremos sus balbuceos, luego la emisión de una sílaba (pero ya no los balbuceos) y, por último, la emisión de una palabra (pero no ya la de la sílaba).

El moldeamiento es una técnica que ha demostrado su eficacia en muchos campos, y en casi todos los procesos de aprendizaje de conductas, desde las cotidianas, como cantar, conducir o esquiar, hasta las más específicas del ámbito clínico, como entrenamiento en habilidades sociales y en el de la educación especial (para el desarrollo del habla y de habilidades motoras).

3.3. Encadenamiento

Las conductas complejas pueden descomponerse en otras más sencillas, que pueden trabajarse por separado. Cada conducta sencilla constituye un eslabón de la cadena que conforma la conducta compleja. En términos operantes, una cadena conductual es una sucesión de estímulos discriminativos (Ed) y respuestas (R) en la que cada una de éstas, excepto la última, supone un Ed para la siguiente; y la última respuesta es seguida por un reforzador. Por otro lado, cada respuesta (excepto la primera) funciona como reforzador condicionado de la respuesta anterior.

El encadenamiento es la forma de aprendizaje de muchas actividades cotidianas, como las de aprender a conducir o las de autocuidado. Por ejemplo, prepararse para salir a la calle está compuesto de conductas más simples, como ducharse, vestirse, peinarse, lavarse los dientes, etc. Cada una de esas conductas funciona como Ed de la siguiente (si ya me he duchado, me tengo que vestir; ahora que me he vestido, me tengo que peinar, etc.) y como reforzador condicionado de la anterior (peinarse es el reforzador de haberse vestido, así como vestirse lo es de ducharse). El reforzador último (el «aceite» que engrasa la cadena, y le permite funcionar, el reforzador que sigue a la última respuesta) sería verse en la calle bien arreglada.

El aprendizaje por encadenamiento puede llevarse a cabo de distintas maneras: por encadenamiento hacia atrás, por encadenamiento hacia delante y por presentación de la tarea completa.

El proceso de encadenamiento que más frecuentemente se utiliza es el denominado *encadenamiento hacia atrás*. Consiste, básicamente, en construir la cadena conductual empezando por el último eslabón (al que está asociado el refuerzo) y enseñando y «enganchando» sucesivos eslabones, siempre en dirección al inicio de la conducta (primero se «engancha» el penúltimo eslabón, luego el antepenúltimo, y así hasta el eslabón inicial).

Por ejemplo, si pretendemos enseñar a un niño a lavarse los dientes, mediante un proceso de encadenamiento hacia atrás, comenzaríamos por definir todos los pasos o eslabones conductuales que componen la tarea:

a) Enjuagar el cepillo y poner en él la pasta dentífrica.
b) Cepillar los dientes superiores con un movimiento vertical de arriba abajo (y no al revés).
c) Cepillar los dientes inferiores con un movimiento vertical de abajo arriba.
d) Cepillar horizontalmente las caras de las muelas superiores e inferiores, así como la lengua.
e) Enjuagar la boca y el cepillo y guardar éste en su sitio.

Una vez definidos los eslabones, ayudaríamos al niño a ejecutar todos los pasos, excepto el último (enjuagar boca y lavar y guardar cepillo), que el niño tiene que hacer solo, y tras el que se dispensa

un reforzador (un sobre de cromos, tiempo extra de dibujos animados o un beso y un halago). Una vez que el niño ejecuta adecuadamente esta conducta, se deja que ejecute solo también el paso *d*), cepillarse la cara horizontal de las muelas y la lengua. Ahora el reforzador únicamente se dispensa cuando el niño realiza ambas conductas, *d*) y *e*). El proceso continúa, incluyendo, para que el niño realice solo, progresivamente los pasos *c*), *b*) y, por último, *a*). Una vez que la cadena se ha establecido y consolidado (una vez que el niño realiza solo todos los pasos con una frecuencia cercana al 80 por 100 de las veces), pasamos a reforzarla de forma intermitente, haciendo el refuerzo cada vez menos frecuente, hasta que retiramos el programa.

Como puede observarse, en el procedimiento de encadenamiento hacia atrás, el refuerzo va siempre asociado a la misma conducta (en nuestro caso, enjuagarse y lavar el cepillo).

En el encadenamiento hacia delante, por el contrario, el reforzador va asociándose, progresivamente, con los distintos eslabones de la conducta, comenzando por el inicial y terminando por el final. En ese método, primero se entrena el paso inicial de la secuencia (en nuestro caso, mojar el cepillo y poner la pasta) y se refuerza. A continuación, se entrenan el paso inicial y el segundo (mojar el cepillo y poner la pasta y cepillar los dientes superiores) y se refuerzan. Luego se tienen que dar los pasos *a*), *b*) y *c*) antes de obtener el reforzador, y, por último, se han de cumplimentar todos los pasos para ganar el refuerzo.

En el procedimiento de presentación de tarea completa (adecuado para conductas sencillas), el sujeto intenta dar todos los pasos desde el eslabón inicial hasta el último en cada ensayo, y los va repitiendo hasta que la conducta esté consolidada. En el ejemplo, el niño realizaría la tarea completa de lavarse los dientes (pasos *a*, *b*, *c*, *d* y *e*) y obtendría el reforzador.

3.4. Desvanecimiento

La técnica de desvanecimiento permite que las conductas se mantengan en ausencia de un apoyo externo o un instigador. El procedimiento consiste en introducir una ayuda para que el sujeto aprenda la conducta en cuestión, ayuda que se retira progresivamente una vez que el comportamiento se ha aprendido y consolidado. Por ello, el desvanecimiento suele utilizarse asociado a las técnicas de moldeamiento.

El procedimiento consta de dos fases:

a) Fase aditiva: al sujeto se le van proporcionando ayudas hasta que consigue emitir la conducta objetivo.
b) Fase sustractiva: las ayudas se van retirando gradualmente hasta que la conducta puede emitirse sin ninguna instigación o ayuda externa. Esta retirada o desvanecimiento de los instigadores puede llevarse a cabo de distintas maneras: disminuyendo la intensidad del instigador, demorando la ayuda o disminuyendo la extensión de la ayuda.

Tanto en la fase aditiva como en la sustantiva, se proporciona un refuerzo continuo y contingente a los avances en la emisión de la conducta.

Por ejemplo, si queremos que un niño con retraso aprenda a decir la palabra «maestra», colocaremos a su profesora delante y le diremos varias veces la palabra «maestra», pidiéndole que él la repita (si el retraso fuera muy profundo, quizá tendríamos que moldear el aprendizaje de la palabra, dando ayuda a cada paso del proceso). Cuando el niño ha conseguido asociar la palabra «maestra» a la persona, empezamos a desvanecer nuestras ayudas: diciendo «maestra» en voz cada vez más baja, dejando pasar cada vez más tiempo antes de iniciar la ayuda, o haciendo ésta cada vez menos extensa: pasamos de «maestra» a «maest...», «mae...», «ma...».

Las guías o señales instigadoras pueden ser de varios tipos. La tabla 11.5 recoge un listado con los tipos de señales e instigadores.

Como se ha comentado anteriormente, el desvanecimiento se ha utilizado con éxito en el aprendizaje de infinidad de conductas, tanto cotidianas (todos los europeos lo pudimos experimentar con la implantación del euro) como otras más específicas de los ámbitos clínico, educativo, etc. El desvaneci-

TABLA 11.5

Tipos de señales instigadoras (basada en Martin y Pear, 2008)

Estímulos instigadores en la conducta del terapeuta	
Guía física	Ayudar físicamente al paciente
Gesto	Señalar o seguir con el dedo
Modelado	Mostrar la conducta correcta
Verbal	Instrucciones, decir palabras usándolas como pistas o claves, etc.
Estímulos instigadores ambientales	
Ambientales	Preparar el entorno físico para favorecer la emisión de la conducta
Estímulos extraestimulares e intraestimulares	
Extraestimular	Añadir otro estímulo para hacer más probable la respuesta correcta
Intraestimular	Hacer más notoria o fácil la discriminación del estímulo discriminativo o del estímulo delta

miento es una técnica especialmente útil cuando se trabaja con niños autistas o con retraso mental. Además de en el ámbito infantil, también se ha aplicado con éxito al recondicionamiento de intereses sexuales y para desarrollar o incrementar nuevas preferencias sexuales (Olivares y Méndez, 1998).

Las técnicas de moldeamiento, encadenamiento y desvanecimiento constituyen procedimientos de adquisición de conducta mediante cambios graduales en ella. Las tres presentan elementos comunes, semejanzas, pero, a su vez, las tres presentan diferencias importantes.

Un resumen de las semejanzas y diferencias de estos tres procedimientos se ofrece en la tabla 11.6.

3.5. El uso del reforzamiento negativo

Ya se comentó en el marco teórico que el reforzamiento negativo (el incremento de una conducta por la desaparición o la no aparición de una estimulación aversiva) es una circunstancia común en la vida cotidiana: la conducta de ponerse un abrigo es reforzada por la desaparición del frío, tomarse una cerveza fresquita se refuerza por la desaparición de la sed o colocarse unas gafas de sol en un día radiante se refuerza por la desaparición del malestar en los ojos, etc. De hecho, es tan cotidiano, que el sistema legal que nos rige se basa, fundamentalmente, en reforzamiento negativo: y así, ningún policía nos felicita por circular a la velocidad adecuada; pero, cuando vislumbramos su figura en la autopista, inmediatamente levantamos el pie del acelerador para evitar una multa (la condición aversiva o desagradable para nosotros). En los primeros casos (el abrigo, la cerveza, las gafas de sol) hablamos de *condicionamiento de escape* (porque conseguimos escapar de una situación que ya está presente). En el último caso (la multa) hablamos de *condicionamiento de evitación* (al disminuir la velocidad, evitamos que se presente la situación aversiva, la multa). Tanto el condicionamiento de escape como el de evitación se relacionan con el incremento de la conducta por reforzamiento negativo.

Aunque sea muy frecuente su presencia en la vida cotidiana, la utilización del reforzamiento negativo (o condicionamiento de escape/evitación) en la práctica clínica no es muy abundante (al menos, como parte primordial de la intervención). El motivo es evidente: para que podamos aplicar un refor-

TABLA 11.6

Semejanzas y diferencias entre desvanecimiento, moldeamiento y encadenamiento (Martin y Pear, 1988)

	Desvanecimiento	Moldeamiento	Encadenamiento
Conducta final	Nuevo control de estímulos de una conducta particular.	Nueva conducta respecto de alguna dimensión física (frecuencia, duración, intensidad).	Nueva secuencia de respuestas con un estímulo de corte señalando el final de cada respuesta y el principio de la siguiente.
	La conducta meta puede ser simple o compleja.	La conducta meta es normalmente simple.	La conducta final es más compleja que en el moldeado.
	Los pasos no forman parte necesariamente del control de estímulos final.	Las aproximaciones sucesivas no forman parte necesariamente de la conducta final.	Todos los pasos de la cadena se retienen como parte de la conducta final.
Procedimiento de entrenamiento	Implica un ambiente estructurado, ya que la presentación de estímulos debe controlarse.	Implica reforzar la conducta en un ambiente no estructurado en el que se tiene la oportunidad de emitir una variedad de conductas.	Implica la unión de estímulos-respuestas en ambientes estructurados o semiestructurados.
	Se procede «hacia delante» en términos del orden natural de la conducta.	Se procede «hacia delante» en términos del orden natural de la conducta.	Se puede proceder «hacia atrás».
Otras consideraciones	Puede implicar algún tipo de moldeado.	Implica instrucciones; puede implicar algún instigador físico y desvanecimiento en pasos sucesivos.	Implica instigadores verbales y físicos, guía física y desvanecimiento en pasos sucesivos.
	Implica la aplicación sucesiva de reforzamiento, pero no de extinción.	Implica aplicación sucesiva de reforzamiento y extinción.	Implica menos extinción que en moldeado debido al fuerte control de estímulos establecido por instigadores.

zamiento negativo, es necesario que previamente se haya presentado una condición o situación aversiva, desagradable para el sujeto, algo que el terapeuta no siempre puede (ni debe) establecer. Sin embargo, sí suelen utilizarse, dentro de un programa de reforzamiento, algunos estímulos desagradables que ya existen en el contexto habitual del sujeto y que éste puede hacer «desaparecer» emitiendo conductas que queremos reforzar. Por ejemplo, una adolescente puede evitar sacar de paseo al perro a las ocho de la mañana si se ha ocupado de preparar el desayuno (en este caso, por supuesto, es necesario el compromiso y la colaboración de otra persona que sí se ocupe de sacar al perro o las consecuencias serán muy desagradables); o un niño puede librarse de comer las espinacas del viernes siempre y cuando haya comido otras verduras en los días anteriores. En otras ocasiones, el refuerzo negativo puede utilizarse integrado en técnicas de reducción de conducta (por ejemplo, funcionarían así las señales de advertencia que se dan en la técnica del tiempo fuera).

Por tanto, aunque el condicionamiento de escape/evitación no se utilice frecuentemente en la prác-

tica clínica como programa de incremento de conducta (o no se utilice como el eje de la intervención), sí puede integrarse en otros programas que se basen, fundamentalmente, en el uso de la estimulación positiva, como todos los que se han comentado en este mismo capítulo.

4. CONDUCTAS OPERADAS POR REGLAS

En ocasiones, no es fácil explicar el mantenimiento de las conductas basándonos sólo en las consecuencias inmediatas observables. ¿Por qué nos ponemos una tanda de inyecciones o nos sometemos a un doloroso proceso de rehabilitación? ¿Por qué nos quedamos hasta las tantas estudiando cuando los ojos se nos cierran de sueño? ¿Por qué reciclamos basura? Una buena parte de la conducta de los humanos está regida no por sus contingencias inmediatas, sino por reglas.

Una regla se define como la descripción de una contingencia conductual. Generalmente es un estímulo verbal (una orden, una instrucción), pero, en ocasiones, también pueden existir reglas visuales (una señal de *ceda el paso*).

Para que una regla sea efectiva debe especificar:

a) La condición estimular (y momento) en que debe (o no) producirse la conducta.
b) La conducta en sí misma.
c) Las consecuencias derivadas de la realización (o no) de la conducta.

En la vida cotidiana, las personas emiten muchísimas conductas asociadas a reglas (aunque habitualmente estas reglas se expresan sólo parcialmente: «Niño, lávate los dientes después de comer»; «Si tocas el enchufe, te dará un calambre»).

Las reglas funcionan en muchas de las situaciones en las que el reforzador inmediato no está disponible, actuando como un puente entre el momento de emisión de la conducta y el momento del reforzamiento. También ofrecen instrucciones de cómo emitir una conducta nueva, y sirven para «adelantar» las consecuencias positivas de una conducta, consecuencias que sólo aparecen demoradas en el tiempo, y darles «peso» frente a consecuencias negativas inmediatas. Así pues, el control por reglas permite:

a) El retraso en el reforzamiento.
b) El control de las conductas que se emiten por primera vez.
c) Explicar la emisión de conductas de consecuencias aversivas a corto plazo (y positivas a largo plazo, tales como ponerse una inyección, o quedarse, en una preciosa tarde primaveral, estudiando técnicas de modificación de conducta).

Pero ¿por qué funcionan las reglas? Existen varias explicaciones complementarias. Las reglas funcionan porque establecen una relación entre la conducta y el reforzador o el castigo; además, establecen una relación *causal* entre la respuesta y las consecuencias (es decir, cumple una función informativa); por último, la expresión de la regla establece el no cumplimiento de ésta como una condición aversiva (ansiedad, culpa, etc.); por tanto, el cumplimiento de la norma se mantiene, en parte, por un condicionamiento de escape/evitación («Si no estudias dos horas más, mañana suspenderás el examen...»; por tanto, te quedas estudiando en vez de irte a dormir para evitar la ansiedad o la condición aversiva de suspender un examen).

La utilización de las reglas en la práctica clínica es especialmente útil en algunas circunstancias:

a) Cuando se desea un cambio rápido en la conducta (las reglas provocan el cambio mucho más rápidamente que las contingencias naturales).
b) Cuando los refuerzos que proporciona el medio son intermitentes o las contingencias poco explícitas.
c) Cuando los reforzadores son demorados.
d) Cuando las consecuencias a corto plazo son castigos (estimulación aversiva).

Una explicación más detallada de las reglas, así como de su aplicación clínica como controladoras de conductas, se puede consultar en Martin y Pear (2008).

5. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Como se comentó en la introducción, las técnicas operantes están presentes en prácticamente todas las áreas de la psicología, ya sea ésta la clínica, la psicología de la salud, la educativa, la social, la laboral, la del deporte o la ambiental. Su uso, dentro de estos ámbitos, puede ser tanto individual como grupal o comunitario, por lo que se revelan como las técnicas más (o unas de las más) utilizadas en la psicología.

Dentro de la clínica, las técnicas operantes se utilizan en la mayoría de las terapias, incluso cuando no constituyen la parte central de éstas, dado que, como mínimo, pueden ayudar a incrementar el compromiso hacia la terapia y la adherencia a la intervención (por ejemplo, mediante los contratos conductuales, que se verán más adelante). Son especialmente útiles en todos aquellos programas en los que se busca el autocontrol de la conducta del sujeto y la mejora de las relaciones interpersonales.

Los procedimientos operantes son una de las bases para la psicología de la salud, desde la intervención en problemas psicofisiológicos, como la hipertensión o el dolor crónico, hasta el cuidado de los cuidadores, la promoción de estilos de vida saludables, la adherencia a los tratamientos médicos, la intervención en problemas asociados al estrés, etc. (Taylor, 2003).

La intervención con poblaciones especiales, que presentan algún tipo de déficit físico o psíquico (ancianos, enfermos crónicos, personas con retraso, autistas, etc.), también se ha beneficiado notablemente de las aportaciones de las técnicas operantes al aprendizaje de nuevas habilidades (McKinney y Fiedler, 2004; Wisocki, 1999).

Si el papel de las técnicas operantes ha sido importantísimo en el ámbito clínico, no menos relevante lo ha sido en el área escolar. Desde las primeras aplicaciones (la *máquina de enseñanza* de Skinner), han contribuido tanto a la mejora del rendimiento escolar (mediante, por ejemplo, el sistema de enseñanza personalizada o SEP de Keller y Sherman)[3] como al control de las conductas en clase (tanto las adecuadas como las perturbadoras). En muchas aulas, hoy en día, se utiliza la economía de fichas, una técnica basada en el control de los reforzadores que se explicará en un capítulo posterior.

También las técnicas operantes se han aplicado para mejorar el rendimiento de las personas y los grupos dentro de las organizaciones, ya sean éstas grandes o pequeñas, públicas o privadas. Se han utilizado con éxito para mejorar la productividad pero también para reducir los retrasos y el absentismo laboral, mejorar la seguridad en el trabajo, reducir las sustracciones por parte de los empleados o mejorar las relaciones entre empresarios y empleados. Parte de la extensa bibliografía relacionada con este tema puede consultarse en la revista *Journal of Organizacional Behavior Management.*

La psicología ambiental ha hecho uso, con éxito, de las técnicas operantes en temas tales como el reciclaje de la basura, la conservación del agua y de la energía o el control de la contaminación (un ejemplo de la aplicación de estas técnicas al área ambiental es el establecimiento del carril BUS-VAO, un carril que pueden utilizar, únicamente, aquellas personas que viajan en transporte público o en vehículos ocupados por dos o más personas y que, en horas punta, supone una mayor velocidad de circulación que los carriles ordinarios). Recientemente, en España, una aplicación importante en la seguridad vial es la implantación del carné de conducir por puntos.

En el ámbito social y comunitario también se encuentra la utilización frecuente de las técnicas operantes, sumamente útiles para la gestión de la conducta de las personas en centros institucionales o entornos muy controlados, así como en el desarrollo de programas preventivos aplicados a grupos de riesgo, o en el entrenamiento de habilidades sociales.

Por último, la psicología del deporte se ha beneficiado, asimismo, de la utilización de estas técnicas, aplicadas tanto a la mejora de las destrezas de los deportistas como al incremento de la motivación para la práctica y resistencia en los entrenamientos, a la preparación a la competición o al cambio de comportamiento de los entrenadores (Martin, 2003).

En definitiva, las técnicas operantes se aceptan actualmente como una de las grandes contribucio-

[3] Citado en Pear (1993).

nes a la intervención psicológica y no sólo en lo referente a la terapia clínica (aunque, desde luego, es el ámbito de aplicación más importante), sino a todas las áreas de estudio que tienen que ver con la conducta humana. Este éxito puede atribuirse, probablemente, al hecho de que los investigadores de los métodos operantes adoptaron, desde sus inicios, un enfoque científico para el estudio de la conducta y sus determinantes, incidiendo en la metodología experimental y en el rechazo de conceptos mentalistas. Pero, sobre todo, tiene que ver con la eficacia que han demostrado, desde hace casi ya sesenta años, para conseguir el cambio conductual.

6. EJEMPLO

A continuación se ofrece un ejemplo de la instauración de procedimientos operantes para lograr el cambio conductual.

Carolina tiene 45 años y una cierta tendencia a engordar, que la mantiene constantemente preocupada. Actualmente mide 1,65 m, pesa 68 kg y tiene un IMC = 24,9 (que aunque se sitúa dentro de los rangos aceptables, está al límite, bordeando el sobrepeso ligero). Sin embargo, su mayor preocupación se centra en el hecho de que ha engordado 6 kg en los últimos dos años, justo cuando la ascendieron y empezó a asistir con frecuencia a comidas de negocios. Tiene miedo a que esa tendencia siga escalando y que en poco supere la barrera de los 70 kg. Desearía volver a los 60 kg de hace unos pocos años y no volver a superar ese peso.

Por su profesión (asesora del vicepresidente económico de una multinacional) tiene que comer habitualmente con clientes, por lo que le resulta muy difícil seguir una dieta estricta. Eso, unido a una agitada vida social nocturna (no cena en casa más de tres o cuatro noches a la semana) y su peligrosa afición a los licores de excelente calidad (especialmente whisky y ron) y al chocolate (eso sí, de alto contenido en cacao), permiten predecir que los peores temores de Carolina se verán muy probablemente confirmados y, seguramente, antes de lo que ella espera.

A su favor cuenta con que, cuando come en casa, mantiene una alimentación sana y ligera (mucha verdura cruda o al vapor, mucho pescado al microondas, algo de carne a la plancha y pocos huevos y lácteos) y que, asimismo, mantiene una actividad física bastante intensa (casi todos los días hace un rato de bicicleta estática y además, dos días a la semana, hace pilates, y tres días va al gimnasio, a tomar clases aeróbicas y de mantenimiento).

En su contra tiene el hecho de que le gusta comer, que suele acudir a restaurantes buenos, que a sus hijos les encanta la pasta, el arroz y las patatas fritas (y las demandan a menudo en el menú semanal) y la costumbre, implantada hace algunos años, de tomar, después de la cena, una copa de ron o de whisky, con algún bombón, pastas de té o tabletitas de chocolate, costumbre que comparte con su marido y que éste no está dispuesto a eliminar.

A la vista de la imposibilidad de que siga una dieta, se le pide a Carolina que observe sus conductas de alimentación y que escoja algunas de ellas con las que se pueda trabajar con alguna probabilidad de éxito. Después de una semana de observación, Carolina y la terapeuta acuerdan trabajar sobre las conductas siguientes:

a) No comer pan en la comida ni en la cena (sí se acepta una rebanada de pan integral en el desayuno). Se exceptúa el día en que el menú conste de huevos fritos (una vez cada dos semanas).
b) Tomar, máximo, un vaso de vino en comida y/o cena (se exceptúa un día del fin de semana).
c) No tomar alcohol después de la cena (se exceptúa un día del fin de semana). Se sustituye por una infusión de té rojo (que además es diurético y ligeramente laxante), un vaso de agua mineral con gas, limón y hierbabuena o un vaso de leche de soja con hielo.
d) Sustituir los alimentos hipercalóricos por alimentos bajos en calorías (por ejemplo, se le sugiere que cambie las patatas fritas o el cuscús por espinacas, para acompañar la carne; algas para el pescado y pisto o pimientos asados para los huevos).

Carolina informa a su familia de que va a empezar a trabajar con estas conductas para que se le fa-

cilite un cierto control estimular, así como para implicar al resto de la familia (su marido y sus hijos) en la dispensa de reforzadores.

Respecto al control de estímulos, la familia acepta servirse el pan al principio de la comida y retirar la bandeja de la mesa, servir una copa de vino a los adultos y llevarse la botella a la cocina y compartir esporádica y parcialmente los acompañamientos ligeros de los platos principales. En las comidas de trabajo, Carolina acepta dejar servirse únicamente una copa de vino (no le parece bien que los clientes tengan que beber solos), pero con la condición de mojarse los labios cada vez que beba para evitar vaciarla y que se la vuelvan a llenar. Respecto al pan, puede rechazarlo si se lo ofrecen (como medida de control estimular) o coger un piquito, pero sólo para empujar. En vez de postres, pedirá una infusión o un café. Como ayuda adicional, se programa un aviso en el móvil, para cuando tiene comida de trabajo, recordándole los compromisos adquiridos.

La idea es establecer un programa de reforzamiento en el que diariamente se premia a Carolina por haber llevado a cabo, al menos, tres de las conductas indicadas, con uno de los reforzadores que se detallan a continuación. Si ha realizado las cuatro conductas, podrá escoger dos de estos reforzadores.

Los refuerzos que Carolina ha escogido son:

a) Diez minutos de masaje en los pies, que le dará su marido, después de cenar.
b) Diez minutos de masaje en la espalda, que le dará su hijo mayor[4], después de cenar.
c) Una mascarilla hidratante mientras ve la película de la noche.
d) Que, al día siguiente, su hija prepare el desayuno de la familia (y así Carolina puede dormir 15 minutos más).
e) Una lámina u onza de chocolate amargo, con la bebida escogida, después de la cena.
f) Tres euros para la compra de un biquini muy caro (que si no fuera por este programa no se compraría).
g) Escoger el restaurante en que cenarán el sábado (generalmente, ése es el día en que puede saltarse las conductas *b*) y *c*) y Carolina tiene derecho a este reforzador, que es extra, si ha cumplido con, al menos, tres de las conductas establecidas durante los cinco días laborables previos).

Además, se estableció un reforzador extra de 15 euros por cada medio kilogramo de peso que Carolina perdiera desde el comienzo del programa (se pesaba los martes, a la misma hora y sin desayunar). Los refuerzos iban (o debían ir) siempre acompañados de refuerzo social por parte de los miembros de su familia (comentarios como: «Parece que te empieza a hacer efecto el programa, te noto más delgada» o «Estoy muy contento de ver cómo resistes, tienes que estar muy orgullosa de ti misma»), pero también por parte de la propia Carolina («Lo estoy consiguiendo», «Lo estoy haciendo fenomenal», «Me resulta más fácil de lo que creía», «Voy a estar guapísima este verano»). En su mesilla de noche y en la nevera se puso unas fotos de un verano de hacía tres años, en las que aparecía realmente esbelta y muy guapa. Por último, y para darle mayor potencia al programa, se acordó con Carolina que cada día que incumpliera dos o más de las conductas establecidas, no sólo no recibiría ningún reforzador, sino que tendría que pagar una multa de cinco euros (a este procedimiento se le denomina *coste de respuesta* y se verá con detalle en un capítulo posterior). Aprovechando la circunstancia de las próximas elecciones, se acordó con Carolina que esos cinco euros se destinarían a pagar la campaña electoral del partido que más detestase (este detalle hacía que la multa fuera más aversiva, potenciando así el condicionamiento de escape). Dado que no se pudo encontrar una cuenta corriente donde enviar las donaciones, se acordó que éstas se harían en efectivo, remitiéndolas en un sobre por correo ordinario a la sede del partido y con una tarjeta anónima en la que expresara «Donación para la campaña electoral».

Para comprobar el cumplimiento de las conductas, así como que Carolina recibiera los refuerzos

[4] Los hijos, a su vez, reciben una pequeña compensación económica por implicarse en el programa.

de la manera adecuada y, también, se comprometiera con el cumplimiento del coste de respuesta (la multa), se diseñó un autorregistro de conductas, premios y castigos y otro de evolución del peso, para ella, y un registro de conductas, premios y castigos para su marido. Éste no tenía la obligación de registrar todos los días, pero sí debía hacerlo periódicamente, y sin avisar previamente a Carolina.

Un ejemplo de los registros de conductas, premios y castigos y el autorregistro de peso se recoge en las tablas 11.7 y 11.8.

TABLA 11.7

Autorregistro de conductas, premios y multas

MES:				
Día	**Conductas (1, 2, 3, 4)**	**Premios (a, b, c, d, e, f)**	**Castigo (sí/no)**	**Total ahorrado**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

TABLA 11.7 *(continuación)*

Premios y multas
Por cada medio kilo semanal, 15 euros para un vestido de fiesta. Por cada día que cumpla, al menos, tres de las siguientes conductas, uno de los reforzadores siguientes: *a*) Diez minutos de masaje en los pies. *b*) Diez minutos de masaje en la espalda. *c*) Una mascarilla hidratante. *d*) Que Paula prepare el desayuno. *e*) La lámina de chocolate amargo. *f*) Tres euros para el biquini. Por cada día que cumpla las cuatro conductas, dos de estos premios. Por cada día que incumpla dos o más de las siguientes conductas, 5 euros (de lo ahorrado) para financiar al partido ....
Conductas
1. Tomar, máximo, un vaso de vino en comida y cena (se exceptúa un día del fin de semana). 2. Evitar tomar pan en comida y cena (se exceptúa el día de huevos fritos). 3. Evitar tomar alcohol después de la cena (se exceptúa un día del fin de semana). 4. Sustituir los alimentos hipercalóricos por alimentos bajos en calorías.

En la actualidad, Carolina ha mantenido el programa durante casi tres meses. Durante este período, además de establecer nuevos hábitos alimenticios, ha conseguido reducir su peso en 3,5 kg, ha obtenido 75 euros para un capricho extra, 80 euros para su biquini (que aún no puede comprar) y, sobre todo, sólo en dos ocasiones ha tenido que cumplir el castigo acordado. De hecho, el coste de respuesta se ha revelado como un magnífico controlador de la conducta de Carolina, como ella misma expresaba: «A veces, me apetecía muchísimo tomar una copa y sentía la necesidad de comer algo dulce después de cenar, pero sólo pensar que tendría que enviar dinero a esa organización me hacía aguantarme y resignarme al té o al agua».

Dado que Carolina ya ha adquirido nuevos hábitos de alimentación y éstos parecen estables, en breve se pasará a la retirada del programa. Al principio, se llevará a cabo un incremento del criterio conductual para recibir el refuerzo: éste se dispensará cada dos días, si en ambos ha cumplido tres o más de las conductas pactadas; luego cada tres días y después, aleatoriamente, dos días en semana. Por último, el programa se retirará definitivamente. Es esperable que para entonces Carolina se haya acostumbrado definitivamente a estos nuevos comportamientos y haya reducido su peso en dos o tres kilogramos más. De no ser así, se establecería la condición inmediatamente anterior y se mantendría el programa durante el tiempo necesario para que las conductas se estabilizaran. Seguramente habrá alguna recaída, por lo que se recomienda mantener el coste de respuesta tanto tiempo como dure el programa. Pero saltarse las normas alguna vez no es algo tan terrible, si las excepciones no se repiten con frecuencia. Lo realmente importante es que Carolina habrá aprendido que puede hacer algo para controlar su peso y su dieta y que puede recurrir al programa de nuevo (o a otro similar) si, después de algún tiempo, sus hábitos alimenticios la vuelven a perjudicar.

TABLA 11.8

Registro de peso semanal

	8/1	**11/1**	**15/1**	**18/1**	**22/1**	**25/1**	**29/1**	**1/2**	**5/2**	**8/2**	**12/2**	**15/2**	**19/2**	**22/2**	**26/2**	**29/2**	**4/3**	**7/3**	**11/3**	**14/3**	**18/3**	**21/3**
69																						
68,5																						
68																						
67,5																						
67																						
66,5																						
66																						
65,5																						
65																						
64,5																						
64																						
63,5																						
63																						
62,5																						
62																						
61,5																						
61																						
60,5																						
60																						
59,5																						
59																						
58,5																						
58																						
57,5																						

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados.* Madrid: Pirámide.

Este libro recoge de forma muy clara y sencilla las distintas técnicas de incremento y reducción de conductas operantes, explicándolas paso a paso y con numerosos ejemplos.

Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla.* Madrid: Pearson Educación.

Este libro recoge una extensa descripción de las técnicas operantes, incluyendo la explicación pormenorizada de la aplicación del procedimiento y numerosos ejemplos referidos no sólo a la clínica sino también a otros ámbitos en que estas técnicas son efectivas.

Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Los autores ofrecen un resumen detallado del procedimiento, así como un cuadro didáctico de las tareas y procedimientos implicados en cada una de las fases del procedimiento.

Vila, J. y Fernández Santaella, C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental.* Madrid: Pirámide.

El libro está especialmente recomendado para quien desee ahondar en los aspectos metodológicos y experimentales de las técnicas operantes, así como en los desarrollos recientes de estos procedimientos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. El reforzamiento negativo consiste en:

a) Aumentar la conducta mediante la supresión de un estímulo agradable.
b) Aumentar la conducta mediante la supresión de un estímulo desagradable.
c) Aumentar la conducta mediante la presentación de un estímulo desagradable.

2. El análisis conductual aplicado se caracteriza por:

a) La utilización de los diseños experimentales de caso único.
b) La utilización de constructor mentalistas.
c) El método hipotético-deductivo.

3. A la hora de planear un programa de reforzamiento, deberemos considerar:

a) La conducta, los reforzadores y la programación conductual.
b) Los aspectos contextuales.
c) Todo lo anterior.

4. En general, a la hora de planear un programa de reforzamiento, es más conveniente:

a) Empezar con programas de razón y terminar con programas de intervalo.
b) Empezar con programas de intervalo y terminar con programas de razón.
c) Ambas son igualmente eficaces.

5. Un programa de reforzamiento indicado por IV:10m = /ML:3m significa que:

a) El refuerzo se proporciona a la primera conducta que aparezca tras un período variable con promedio de diez minutos.
b) El refuerzo se proporciona a la primera conducta que aparezca tras un período variable con promedio de diez minutos, pero sólo en los tres primeros minutos.
c) El refuerzo se proporciona a la décima conducta.

6. En general, cuando se comienza un programa de reforzamiento, es mejor:

   a) Dar mucho reforzador al principio y retirarlo progresivamente.
   b) Dar poco reforzador al principio y aumentarlo según se incrementa la conducta.
   c) Dar la misma cantidad de reforzador a lo largo de todo el programa.

7. El moldeamiento es una técnica basada en:

   a) Dividir la conducta en otras más pequeñas, entrenar esas subconductas y unirlas.
   b) Enseñar toda la conducta a la vez.
   c) Reforzar y extinguir las aproximaciones sucesivas a la conducta.

8. El encadenamiento es una técnica que puede llevarse a cabo:

   a) Hacia delante.
   b) Hacia atrás.
   c) Ambas alternativas son correctas.

9. La fase aditiva del desvanecimiento consiste en:

   a) Dar ayudas cada vez mayores hasta que el sujeto lleva a cabo la conducta objetivo.
   b) Dar ayudas cada vez menores hasta que el sujeto lleva a cabo la conducta objetivo.
   c) Retirar gradualmente las ayudas facilitadas.

10. Las ayudas, en un procedimiento de desvanecimiento, pueden retirarse:

   a) Demorando cada vez menos el tiempo entre la ayuda y la conducta.
   b) Haciendo la ayuda cada vez menos intensa.
   c) Funcionando como modelo para el sujeto.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	a	c	a	b	a	c	c	a	b

Técnicas operantes II: reducción de conductas

12

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. INTRODUCCIÓN

Si una forma de modificar el comportamiento de las personas es el desarrollo de nuevas conductas, otra forma sin duda es la reducción o eliminación de éstas. Eliminar o reducir la conducta de fumar, o la de gritar a los hijos, la de navegar por Internet en horas de trabajo o la de llegar tarde a las citas son objetivos para cuyo logro es útil el uso de estas técnicas.

La forma de reducir o eliminar conductas operantes, en líneas generales, consistirá en hacer que a éstas no le sigan contingencias positivas (retirada de estímulos reforzadores), y también que vayan seguidas por contingencias negativas (presentación de estímulos aversivos). Tradicionalmente estas dos formas de proceder se han abordado de manera separada, considerando a las primeras como técnicas de reducción de conductas mediante el control de los estímulos reforzadores, y a las segundas, técnicas de reducción de operantes mediante el uso de estímulos aversivos (habitualmente se las ha denominado «técnicas aversivas»). El objetivo del presente capítulo se reduce a las técnicas incluidas en la primera forma de proceder: reducción de conductas mediante el uso de estímulos reforzadores. La segunda forma se abordará en el capítulo dedicado a las «técnicas aversivas».

El conjunto de técnicas que se van a exponer tienen como objetivo principal eliminar o reducir conductas operantes. Pero rara vez se desea simplemente reducir o eliminar una conducta; prácticamente siempre el objetivo real es que, en lugar de la conducta que se pretende reducir, se presente una conducta más adecuada. Por ejemplo, si María de forma reiterada está criticando a Sergio, su pareja, lo que se desea no es sólo que se reduzcan o desaparezcan las conductas de crítica de María, además se espera que en su lugar aparezcan algunas conductas de corte más positivo (alabanzas, elogios, muestras de cariño... hacia Sergio), no que María simplemente deje de hablarle para no criticarle. Esto pasa prácticamente en todos los casos: se quiere reducir la conducta de un joven de jugar con videojuegos, pero no por no hacer nada, sino por una conducta que se considera más adecuada, como estar más con sus amigos, ayudar en casa, estudiar algo más o leer. En consecuencia, en todos los casos en los que el objetivo es reducir una conducta, siempre hay que tener en cuenta qué conducta o conductas se deben desarrollar en lugar de la que se quiere reducir. De forma que la actuación siempre es doble: por un lado reducir una conducta, por otro desarrollar una conducta alternativa más adecuada.

Además, una conducta, incluso desadaptada, se emite porque obtiene reforzamiento. La reducción de una conducta supone una pérdida de reforzamiento para la persona. Si no se compensan estas pérdidas con un reforzamiento adicional (por conductas alternativas), la persona volverá a emitir la conducta con la que sí obtuvo en algún momento reforzamiento, dejará de emitir todo tipo de conducta (depresión conductual) dado que no obtiene reforzamiento por ninguna o emitirá una conducta diferente que puede

ser peor incluso que la que se desea eliminar. Todas estas alternativas son indeseables; por eso, es siempre fundamental, a la hora de intentar eliminar una conducta operante, dedicar una parte a desarrollar conductas alternativas por las que la persona puede obtener al menos un reforzamiento similar al que obtenía con esa conducta.

En conclusión, en todo procedimiento de reducción de conductas operantes, tan importantes como los esfuerzos dirigidos a reducir la aparición de dichas conductas serán los dirigidos al desarrollo y mantenimiento de conductas alternativas adecuadas. De hecho muchos autores (Gavino, 2006; Labrador y Cruzado, 1993; Pear, 1991) señalan que cuando se quiere reducir una operante es mejor centrarse en la conducta que se quiere desarrollar que en la que se quiere reducir. Así, en el caso de Sergio y María, parece más interesante centrarse en desarrollar la conducta de María de elogiar algunas conductas de Sergio, aunque se trabaje también en reducir las críticas.

Para este objetivo de reducir las conductas operantes, sólo con el control de estímulos reforzadores, hay diferentes técnicas. Las aquí consideradas son las de uso más frecuente y de demostrada eficacia: extinción, tiempo fuera de reforzamiento, costo de respuesta, reforzamiento diferencial, saciación/práctica negativa y sobrecorrección.

Cada una de estas técnicas exige ciertas condiciones para que su uso sea adecuado. Por ejemplo, en algunos casos es imprescindible conocer los reforzadores que están manteniendo la conducta a eliminar; en otros puede ser interesante pero no es imprescindible. En algunos casos es imprescindible poder poner fin al reforzador o reforzadores que mantienen la conducta; en otros no. Entre las variables más importantes a tener en cuenta, pues limitan la posibilidad de aplicación de cada una de las técnicas, están:

a) Necesidad de identificar el reforzador que mantiene la conducta.
b) Necesidad de controlar el reforzador que mantiene la conducta.
c) Disposición y trabajo sobre estímulos reforzadores alternativos.
d) Trabajo exclusivo en el desarrollo de conductas alternativas.
e) Implicar de forma más o menos decisiva a las personas del entorno.
f) Necesidad de observar la emisión de todas las conductas.

Los efectos de las distintas técnicas son diferentes. En unos casos son inmediatos y relativamente permanentes (costo de respuesta); en otros, son inmediatos pero poco permanentes (saciación). En algunos casos la reducción es progresiva y permanente (extinción); en otros puede ser progresiva pero es menos permanente (tiempo fuera de reforzamiento).

Frente a las denominadas «técnicas aversivas», las técnicas que aquí se abordan suelen producir efectos menos intensos o menos inmediatos. De forma que cuando se requieren reducciones drásticas e inmediatas, cuando son conductas peligrosas para otros o para la propia persona, se va a requerir el uso de procedimientos aversivos. Sin embargo, son procedimientos eficaces, en algunos casos tanto a medio como a largo plazo, y a veces incluso más eficaces a largo plazo que las técnicas aversivas. Además, no tienen efectos colaterales tan indeseados como las técnicas aversivas; en concreto, su uso provoca menos respuestas emocionales negativas y de contracontol en las personas a las que se aplica.

Por todas estas razones, se consideran como técnicas de primera elección para la reducción de conductas, salvo en los casos señalados de conductas peligrosas o que sea imprescindible eliminar de forma inmediata. En cuanto a la elección de la técnica concreta a utilizar en cada caso, algunos autores como Ollendick y Cerny (1981) o Cooper, Heron y Heward (1987) señalan que deben escogerse según el grado de intrusividad con la conducta de la persona, siguiendo el siguiente orden: extinción, refuerzo diferencial, costo de respuesta, tiempo fuera, saciación y sobrecorrección. Mi opinión sin embargo es que es más adecuado seleccionar la técnica teniendo en cuenta si se cumplen las variables necesarias para su aplicación y el efecto que se desea conseguir.

2. BASES TEÓRICAS

Estas técnicas se fundamentan en los desarrollos del condicionamiento operante (Skinner, 1938, 1953, 1969; Honning y Staddon, 1980). No parece conveniente aquí un abordaje reducido del condicionamiento operante, aunque se considera imprescindible su dominio para el uso de las técnicas que se exponen en este apartado. Se remite a aquellos lectores que tengan lagunas en estos conocimientos a obras en que se expone con precisión y sencillez (Reynolds, 1968; Martin y Pear, 2008) o a desarrollos más amplios para los que deseen profundizar (Honning y Staddon 1978; Davey y Cullen, 1988; Domjan, 1999; Fester y Perrot, 1974; Schultz, 2006; Redish, Jensen, Jonson y Kurth-Nelson, 2007).

3. PROCEDIMIENTOS

3.1. Extinción

3.1.1. *Definición y delimitación*

El procedimiento de extinción consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada. Por ejemplo, no prestar atención a la pareja cuando da voces para que hagamos una cosa, no contestar al teléfono cuando llama una determinada persona, cuando Castito dice que le duele la cabeza su pareja ya no le dice que puede descansar en lugar de ir a la compra. Atención, aprobación, dinero, «mimos» y, en general, todo tipo de reforzadores materiales y/o sociales dejan de seguir de forma contingente a la conducta que se desea reducir.

Para utilizar esta técnica es necesario:

a) Haber identificado el reforzador o reforzadores que mantienen esa conducta.
b) Poder manipular (controlar o retirar) esos reforzadores.

Todo esto supone un control importante sobre el medio (eventos o personas) en el que se emite la conducta que se desea reducir o eliminar, de forma que permita asegurar las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de ésta. Dado que una conducta puede estar mantenida por varios reforzadores, es importante al menos identificar los más importantes.

La extinción es el procedimiento más seguro, en especial a medio y largo plazo, para reducir conductas operantes, si bien es también el que exige un mayor control de las condiciones del medio y el más lento en producir los efectos deseados.

3.1.2. *Características de la técnica de extinción*

1. La aplicación de la extinción produce en los primeros momentos un incremento en la tasa de aparición de la conducta, y también variaciones en su topografía. *Si Purita no hace caso a la demanda de traerme una cerveza a la primera, intento repetir esta petición varias veces, incluso cambiando la topografía de la conducta (suplicar, pedir por favor, gritar, incluso insultar o amenazar).*
2. Tras estos primeros momentos, la extinción produce una reducción progresiva en la conducta que puede llegar a la completa eliminación. *Si Purita sigue sin hacer caso, acabaré, tras varios intentos, por abandonar la petición.*
3. Pasado un cierto tiempo es posible que vuelva a aparecer la conducta extinguida, es decir, que se produzca una recuperación espontánea. Pero si se mantiene la extinción, la conducta volverá a desaparecer rápidamente y será cada vez menos probable su reaparición. *Es posible que tras un rato o unos días, vuelva a intentar que Purita me traiga una cerveza, pero si no lo hace abandonaré cada vez antes esta conducta de petición.*
4. La reducción gradual de la conducta depende de la historia y el programa de reforzamiento que han mantenido dicha conducta. Si siempre ha sido reforzada la conducta, el efecto de la extinción será más rápido que si sólo fue reforzada algunas veces.

a) Variables que hacen a una conducta más resistente a la extinción: que la conducta esté muy consolidada, que haya obtenido reforzadores muy potentes, que se haya mantenido con reforzamiento intermitente, que no se disponga de una conducta alternativa para obtener el reforzamiento. *Hace ya muchos años que Purita me trae la cerveza, es muy importante para mí el tener la cerveza, en anteriores ocasiones a veces me ha puesto la cerveza y a veces no, no se dónde tiene las cervezas o tengo problema para llegar a ella y yo no puedo ponérmela.*

b) Variables que hacen a una conducta más fácil de extinguir: que la persona disponga de conductas alternativas o el mayor nivel de esfuerzo que requiere la conducta. *Puedo ponerme yo la cerveza fácilmente.*

5. El uso de la extinción puede facilitar la aparición de conductas emocionales negativas (malestar) y también de conductas agresivas («agresión inducida por la extinción» Sulzer-Azaroff, 1983). *Enfado e incluso gritos o insultos o descalificaciones a Purita por no ponerme la cerveza.*

3.1.3. *Forma de proceder*

1. Identificar todos los estímulos reforzadores que mantienen la conducta que se desea extinguir. Si no es posible identificar «todos», o al menos la parte más importante de éstos, no es adecuado utilizar la extinción.
2. Controlar la presentación de los reforzadores. Es decir, controlar el medio (físico o social) de tal forma que no se dé ningún reforzamiento a la conducta en extinción. Para ello suele ser importante integrar en el procedimiento de extinción a las personas del medio en el que se emiten las conductas. Si no es posible controlar «todos» los reforzadores o al menos una parte sustancial de éstos, no es adecuado utilizar la extinción.
3. Aplicar de forma constante la extinción, retirar todos los reforzadores en todas las ocasiones en que aparece la conducta. Una retirada parcial de reforzadores es un procedimiento de reforzamiento, no una extinción, y, por tanto, consolida la conducta, no la extingue.
4. Utilizar junto a la extinción de una conducta el reforzamiento de conductas alternativas, si es posible incompatibles con la que se pretende eliminar.
5. Es muy útil (no imprescindible) especificar las condiciones de la extinción. Es decir, señalar a la persona cuya conducta se desea extinguir que a partir de un determinado momento no habrá reforzadores por emitir dicha conducta.
6. Es útil prevenir a las personas implicadas en el programa de extinción, o afectadas por la conducta que se desea extinguir, con respec-

Características de la extinción	**Uso efectivo de la extinción**
— Incremento inicial en la tasa e intensidad de la respuesta. — Variaciones en la topografía de la conducta. — Reducción gradual de la conducta. — Posibilidad de recuperación espontánea. — En algunos casos: respuestas emocionales y/o agresión inducida por extinción.	— Identificación y control de las fuentes de reforzamiento (imprescindible). — Especificar verbalmente las condiciones de extinción. — Eliminar completamente el reforzamiento. — Combinar con reforzamiento de respuestas alternativas. — Mantener las condiciones durante un tiempo suficiente.

to al incremento inicial de la conducta bajo extinción, a fin de que entiendan el proceso y mantengan la actuación adecuada. También de la posible aparición de respuestas emocionales y/o agresivas.

7. Utilizar la extinción sólo si se puede permitir un aumento inmediato de la conducta que se desea extinguir, y la conducta no es peligrosa para la persona que la emite u otras personas. En caso contrario, la extinción no está aconsejada, o al menos como técnica única, para reducir la conducta.

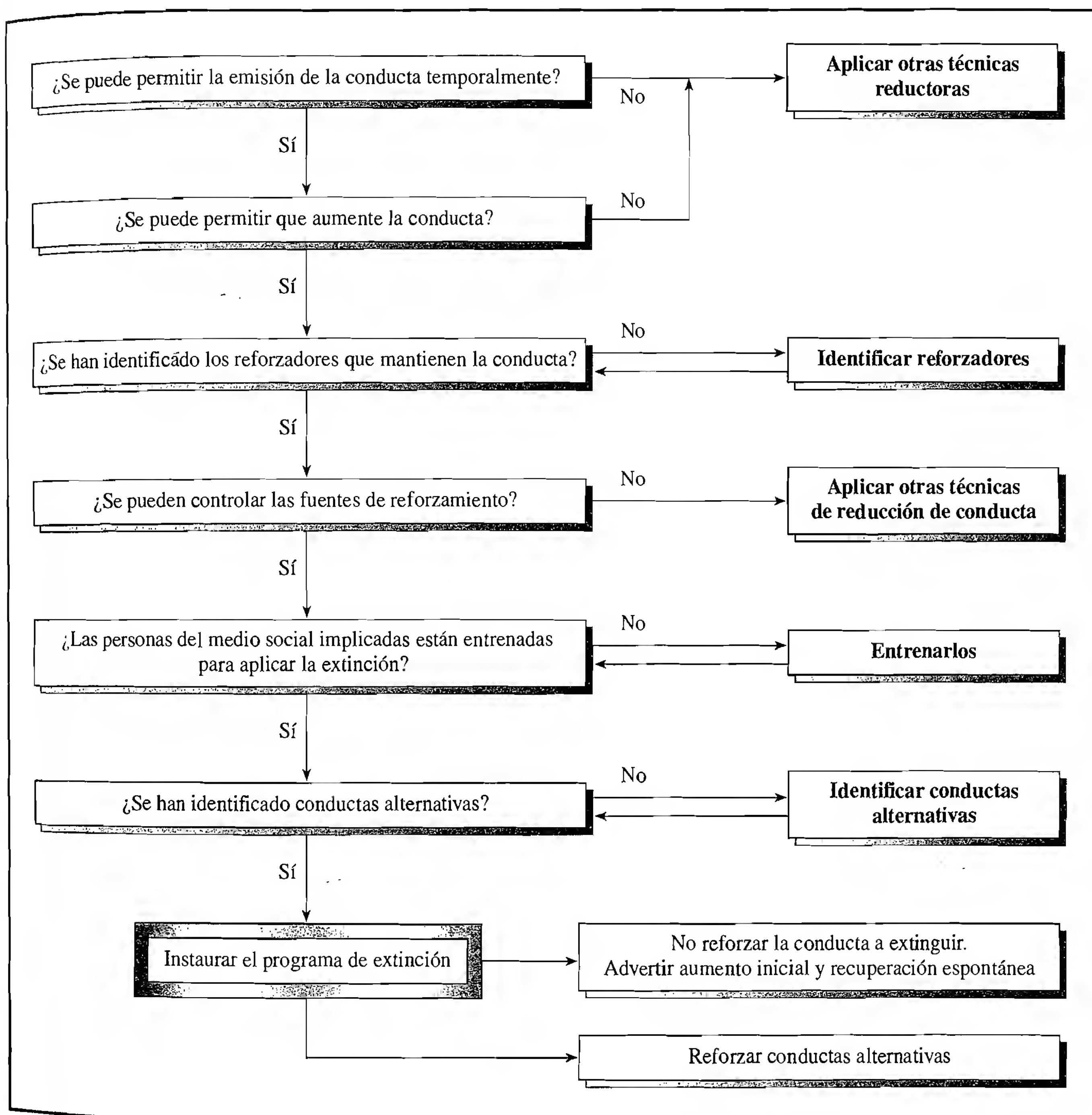


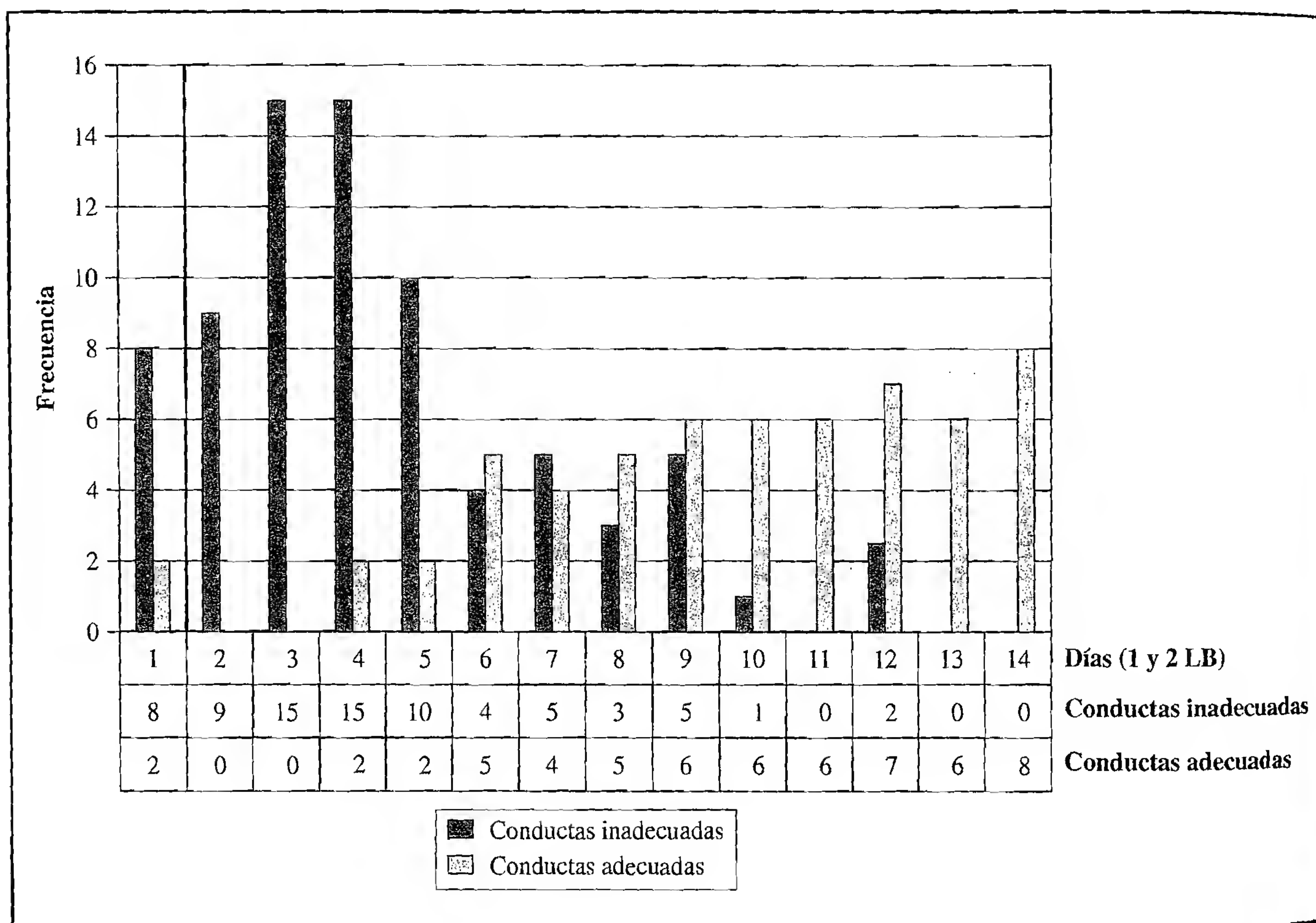
Diagrama para la aplicación de la técnica de extinción.

3.1.4. *Ejemplos de aplicación de la extinción*

Para AJM, joven de 23 años, la forma en que su padre le pide las cosas le resulta no sólo desagradable sino un auténtico problema. Cada vez que éste quiere que AJM haga algo (sacar la basura, hacerle un trabajo al ordenador, estudiar, etc.) se lo exige de forma imperativa y con malos modos. «Ponte inmediatamente a hacer...» AJM le ha indicado varias veces lo molesta y humillada que se siente cuando le pide estas cosas, pero la conducta de su padre se mantiene. Se decide aplicar la técnica de extinción para eliminar esta conducta, junto con el refuerzo de una conducta alternativa (¿Por favor puedes hacer...?). Tras revisar el número de veces que se da la conducta en la línea-base, comienza a aplicar ambos procedimientos, extinción y RDI. En la figura 12.1 puede verse la evolución de las conductas. Hay que señalar que el primer día fue difícil mantener la extinción dada la conducta especialmente agresiva del padre, que incluso le amenazó con un castigo importante si no le hacía caso inmediatamente. Pero el apoyo de su madre, que se ponía a hablar con ella ignorando al padre, la ayudó a mantener la extinción. Al cabo de diez días la conducta de pedir las cosas gritando parece haber desaparecido casi por completo, su padre la pide las cosas de forma mucho más correcta y la relación general de ambos ha mejorado, así como la autoestima de AJM.

3.1.5. *Ventajas y desventajas de la extinción*

La principal ventaja es que probablemente sea el procedimiento más eficaz para eliminar una con-



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	**Días (1 y 2 LB)**
8	9	15	15	10	4	5	3	5	1	0	2	0	0	**Conductas inadecuadas**
2	0	0	2	2	5	4	5	6	6	6	7	6	8	**Conductas adecuadas**

Figura 12.1.—Extinción y RDI.

Otros ejemplos de aplicaciones de la extinción

Conductas a extinguir	Estrategias de extinción
Petición reiterada de cambiar el canal de televisión.	No prestar atención. Mantener el canal que está puesto.
Gritos o quejas inadecuadas para llamar la atención de la pareja.	No prestar atención, seguir con lo que se está haciendo.
Tirar la ropa sucia al suelo en vez de al cesto correspondiente.	Dejarla allí sin recoger.
Una persona intenta convencerme para salir con ella al cine, pero no lo deseo.	No darse por aludido. No contestar al respecto. Dar largas («quizá en otra ocasión»).

ducta a medio y largo plazos. Una conducta que no obtiene reforzamiento deja de emitirse. Si la extinción se mantiene, después de alguna recuperación espontánea, la conducta finalmente dejará de aparecer. Además, al no requerir el uso de estímulos aversivos, suele provocar menos respuestas emocionales y de contracontrol en la persona bajo extinción. La extinción puede asociarse con otros procedimientos para mejorar la eficacia a la hora de reducir conductas (costo de respuesta, refuerzo diferencial...).

Las principales desventajas se centran en dos aspectos:

a) Las dificultades de su aplicación, pues requiere haber identificados todos los reforzadores (o la gran mayoría) que mantienen la conducta, cosa a veces complicada. Por ejemplo ¿qué refuerza la conducta de fumar de un fumador? Es difícil saberlo; de hecho a veces dan razones contrarias («me relaja», «me activa», «me sienta mal»...). Además hay que controlar que los reforzadores no aparezcan tras la emisión de ésta. Dado que muchos reforzadores son sociales (como atención o aprobación), es difícil conseguir que todas las personas que puedan dispensarlos en los distintos ambientes no lo hagan.

b) Al comienzo de la extinción se produce el efecto contrario al deseado, aumenta la conducta y se producen variaciones importantes en la topografía. Este aumento no es aceptable en muchas conductas. Por otro lado, incluso en las que podría ser tolerable, a veces las personas afectadas, sobre todo los no expertos, se desaniman o ponen en cuestión el procedimiento, por lo que dejan de aplicarlo de forma sistemática, en cuyo caso los resultados son aún peores. Prevenirles de la aparición de este incremento con frecuencia no es suficiente para evitar esto.

Ventajas de la extinción	Desventajas de la extinción
— Reducción efectiva de la conducta. — Efecto duradero. — No requiere el uso de estímulos aversivos.	— Dificultades para identificar y controlar los reforzadores de la conducta. — Incremento inicial de la conducta. — Efectos retrasados. — Aparición de respuestas emocionales o conductas agresivas (no muy probable).

3.2. Tiempo fuera de reforzamiento (TFR)

3.2.1. *Definición y delimitación*

El procedimiento de TFR consiste en sacar a la persona de la situación (o retirar ésta) en la que está obteniendo reforzamiento de manera contingente a la emisión de la conducta que se desea reducir. Por ejemplo, *cada vez que Castito chilla a su hermano cuando están jugando con la videoconsola, se le retira 5 minutos de la situación de juego.*

Para ello es necesario:

a) Haber identificado el reforzador o reforzadores que mantienen esa conducta.
b) Poder retirar a la persona del medio en que se refuerza la conducta o retirar el medio, de forma que la persona no pueda recibir reforzamiento tras la emisión de las conductas a eliminar.

Puede utilizarse cuando se han identificado los reforzadores que mantienen la conducta, aunque no se pueda controlar la emisión de éstos. En consecuencia puede utilizarse en situaciones en las que no es posible utilizar la extinción. En líneas generales es una técnica menos eficaz que la extinción y su efecto suele ser temporal, no permanente, pues, una vez que se pone fin al TFR, la persona vuelve a las condiciones habituales anteriores, por lo que es lógico que la conducta vuelva a aparecer. Por ejemplo, Juan, un estudiante de 15 años, emite verbalizaciones o conductas inadecuadas en clase, que son reforzadas por la atención y aprobación de sus compañeros. Se le aplica TFR sacándole de clase un período de tiempo cada vez que emite esas conductas inadecuadas. Obviamente, fuera de la clase, la atención de sus compañeros ya no puede funcionar como reforzador. Pero cuando, pasado el período de TFR, se le reintegra a la clase, las condiciones vuelven a ser las mismas, salvo que se haya hecho algo para modificarlas (por ejemplo, se puede haber establecido un premio especial para toda la clase si nadie atiende a los conductas inadecuadas de Juan).

3.2.2. *Características de la técnica de TFR*

1. La aplicación del TFR produce una reducción relativamente rápida de la conducta a la que sigue.
2. Esta reducción o supresión puede ser mantenida (poco esperable) o temporal.
3. Requiere poder sacar a la persona de la situación en que recibe reforzamiento por la conducta o retirar dicha situación.
4. Sólo puede usarse durante un período de tiempo, en general breve. Después la persona volverá al ambiente anterior. Si no se ha cambiado éste, es probable que la conducta reaparezca.
5. Puede ser considerada como una técnica *puente* para alterar el ambiente de forma definitiva o para desarrollar conductas alternativas a la que se quiere reducir.
6. La reducción de la conducta a la que sigue el TFR depende de la historia y el programa de reforzamiento que han mantenido dicha conducta (lo mismo que en la extinción) y del valor reforzante del ambiente del que se saca a la persona por la emisión de la conducta.

3.2.3. *Forma de proceder*

1. Identificar todos los estímulos reforzadores que mantienen la conducta que se desea reducir. Si no es posible identificar «todos», o al menos una parte importante de éstos, no es adecuado utilizar TFR.
2. Constatar que se puede hacer que la persona abandone el ambiente en el que emite la conducta a eliminar, o retirar este ambiente. En algunos casos, en especial con niños, será necesario disponer de un ambiente alternativo en el que estar durante el tiempo que dure el TFR.
3. Aplicar el TFR de forma contingente, inmediata y sistemática todas las veces que se emite la conducta. Una aplicación parcial funciona como un procedimiento de refuerzo.
4. Utilizar, junto al TFR, el reforzamiento de conductas alternativas a la que se pretende eliminar.

Características del TFR	Uso efectivo del TFR
— Reducción de la conducta desde el primer ensayo. — Reducción gradual de la conducta, pero sólo temporal, no permanente. — Posible recuperación de la conducta bajo TFR al volver otra vez al medio habitual. — Necesidad de modificar el medio de forma permanente para que el TFR tenga efectos mantenidos. — Necesidad de desarrollar conductas alternativas a la que se desea reducir. — En algunos casos: respuestas emocionales y/o agresión inducida por TFR.	— Identificación de los reforzadores de la conducta. — Especificar verbalmente las condiciones del TFR. — Sacar al sujeto de la situación, o poner fin a ésta, tras la emisión de la conducta. — Utilizar TFR con consistencia y mantenerlo durante un tiempo suficiente. — Combinar TFR con reforzamiento de conductas alternativas. — Cambiar el medio para que se facilite la emisión de conductas adaptadas. — Evitar TFR en situación aversiva o conductas autorreforzantes.

5. Es muy útil (no imprescindible) especificar las condiciones del TFR. Es decir, informar de que a partir de un determinado momento la emisión de la conducta señalada supondrá el abandono del ambiente en el que puede obtenerse reforzadores.
6. Durante todo el TFR la persona no ha de recibir reforzamiento, en especial no debe conseguir la atención de las personas implicadas en su control.
7. Si es conveniente disponer de un ambiente alternativo en el que cumplir el TFR, éste debe estar próximo al ambiente en que se emite la conducta a eliminar. Para ello se debe disponer un área en la que el sujeto pueda ser aislado sin posibilidades de entretenerse o realizar otras conductas que le resulten atractivas. Pero no debe implicar estimulación aversiva o estímulos atemorizantes que provoquen respuestas emocionales. Sólo un área «aburrida».
8. La persona debe permanecer en situación de TFR hasta que ha trascurrido un período de tiempo después de haber dejado de emitir la conducta. Suele ser más indicado empezar con períodos de TFR breves y, si no son eficaces, aumentarlos progresivamente. La duración del TFR debe implicar un período de tiempo significativo, que le resulte identificable y «no deseable» (por ejemplo, hasta diez minutos tras la emisión de la conducta). En el caso de aplicarse a niños, pueden considerarse períodos de un minuto por año hasta llegar a 5-10 minutos. En cualquier caso el TFR ha de ser lo suficientemente largo como para que signifique una reducción apreciable de reforzamiento.
9. En algunos casos al inicio del TFR la persona comienza a presentar respuestas inadecuadas como gritar o protestar o incluso algún intento de respuesta agresiva. Es evidente que debe mantenerse el TFR mientras estas respuestas estén presentes y, sólo una vez finalizadas ésta, se comenzará a contar el período de duración del TFR.
10. Mientras dura el TFR es importante modificar el ambiente en el que apareció la conducta a reducir, de forma que no facilite más el reforzamiento de ésta y, por el contrario, facilite la emisión de conductas apropiadas.
11. No utilizar el TFR para sacar a una persona de una situación aversiva.
12. No utilizar TFR para reducir conductas autorreforzantes (autoestimulación, fantasear...).

3.2.4. *Ejemplos de aplicación del TFR*

La relación de pareja de FJ y MI es muy buena. Pero hay un problema que les complica un tanto la

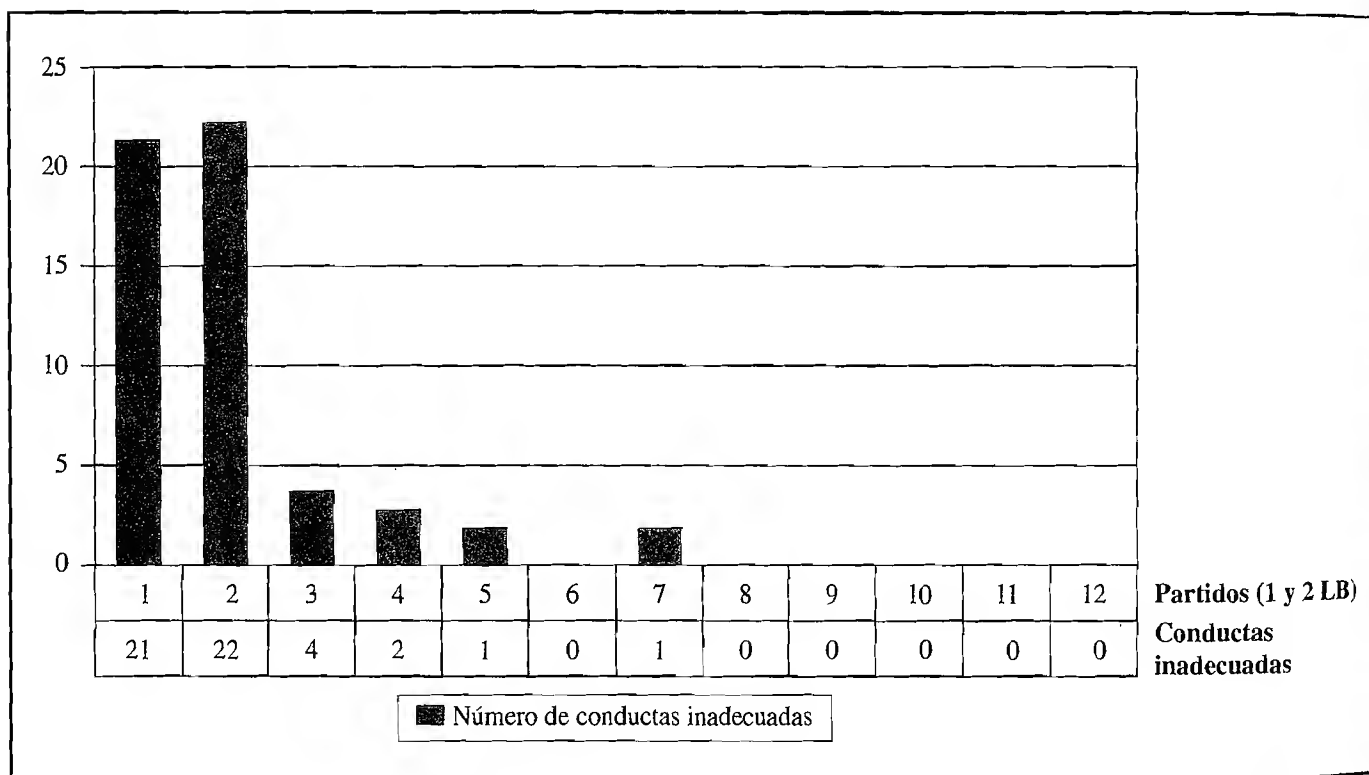
convivencia. A ambos les gusta mucho el fútbol, incluso son «hinchas» del mismo equipo. Sin embargo, cuando están viendo un partido por la televisión. MI emite, al menor evento, conductas de gritar, insultar o incluso coger objetos que no siempre siguen intactos después de pasar por sus manos. A FJ le parece este comportamiento totalmente inadecuado, y lo ha comentado con MI, que también reconoce que es «un poco exagerado». De hecho han dejado de ver los partidos con otros amigos, cosa que siempre les agradaba, pues estos comportamientos de MI les avergüenzan un poco. Como en otros casos, tratan de superar esta situación de mutuo acuerdo. Deciden que MI debe reducir ese tipo de conductas. Para ello optan por utilizar la técnica de TFR, en conjunción con el refuerzo de respuestas alternativas. La forma de llevarla a cabo consiste en que, cuando estén viendo un partido, cada vez que MI emita una de estas conductas inadecuadas (gritar, chillar, insultar, saltar del sillón o manipular un objeto de adorno), FJ le hará una indicación (se ha acordado que sean las palabras clave: «Tiempo fuera») y MI debe abandonar el salón y dejar de ver la televisión durante seis minutos. Finalizados éstos, FJ le indicará que puede volver al salón a continuar viendo el partido. Además, si durante 30 minutos seguidos viendo el partido no ha emitido ninguna de esas conductas, FJ será el encargado de preparar, inmediatamente, un aperitivo como le gusta a MI.

Se registraron, como línea base, dos partidos (1 y 2 en la figura 12.2). Durante la aplicación del TFR de reforzamiento se registraron diez partidos. Los resultados pueden verse en la figura 12.2.

3.2.5. *Ventajas y desventajas del TFR*

La principal ventaja, frente a la extinción, es que se puede utilizar aunque no se controle completamente el medio en que se emite la conducta a reducir, e incluso aun no conociendo con precisión los reforzadores que la mantienen.

Entre sus desventajas, que no cambia el medio, de forma que al volver a él suele reaparecer la conducta indeseada. También que supone un período de tiempo en blanco, en el que la persona sólo ha de



Partidos (1 y 2 LB)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Conductas inadecuadas	21	22	4	2	1	0	1	0	0	0	0	0

Figura 12.2.—Número de conductas inadecuadas.

Otros ejemplos de aplicaciones del TFR

Conductas a reducir	Estrategias de TFR
Tirar bolas de papel en clase que provocan la risa de los compañeros.	Poner en un pupitre al lado del profesor y mirando hacia delante. Sacar de la clase y tenerle en la puerta.
Tardanza en realizar los trabajos de clase.	Establecer momento límite para recogerlos, después del cual ya no tendrán calificación.
Morderse las uñas mientras se ve la televisión.	Apagar la televisión cinco minutos cada vez que se muerde las uñas.

Ventajas del TFR	Desventajas del TFR
— Reducción efectiva de la conducta. — Puede usarse a veces incluso sin conocer exactamente los estímulos reforzadores. — Puede usarse sin controlar los estímulos reforzadores. — Facilita un período de tiempo para desarrollar conductas alternativas.	— La supresión suele ser gradual y no permanente. — Supone un tiempo sin hacer nada (es una contingencia no constructiva). — Puede suprimir además otras conductas que deberían aparecer en ese tiempo. — Si las condiciones del medio no cambian, al volver a él volverá la conducta problema. — A veces facilita la aparición de respuestas emocionales y e incluso agresivas.

«no hacer» una cosa. En algunos ámbitos, como el educativo, el uso del TFR puede impedir la realización de conductas deseables (estudio, aprendizaje...), si se saca al estudiante de la situación de clase.

3.3. Costo de respuesta (CR)

3.3.1. *Definición y delimitación*

El procedimiento de CR consiste en la retirada de un reforzador de forma contingente con la emisión de una conducta que se desea eliminar. También se denomina «castigo negativo», en cuanto que es un procedimiento de castigo (reducción de conducta) consistente en «quitar» (negativo) algo (un reforzador). *Por cada cigarrillo que Purita fuma durante el trabajo debe pagar 10 euros a sus compañeros; cada día que Castito se levanta después de las 8, ha de hacer la compra por la tarde; si un conductor es sorprendido conduciendo a más de 150 km/h, pierde tres puntos del carné.*

Para su aplicación no es necesario haber identificado el reforzador o reforzadores que mantienen esa conducta, ni tampoco poder manipular (controlar o retirar) esos reforzadores, o sacar a la persona de la situación de reforzamiento, por lo que puede aplicarse en condiciones en las que no es posible recurrir a la extinción o el TFR. Se espera que las consecuencias negativas de la retirada de un reforzador sean más importantes que los posibles efectos positivos de los reforzadores que están manteniendo la conducta. En consecuencia es decisivo que el reforzador que se retire sea importante (de alta magnitud) para la persona. En este sentido, aunque no es imprescindible conocer los reforzadores que mantienen la conducta, sí puede ser útil, pues eso ayudará a establecer la intensidad del reforzador que hay que quitar.

Para aplicar el CR es necesario identificar qué reforzador puede quitarse a la persona (por ejemplo:

los puntos del carné de conducir, el descanso de por la tarde, o los euros de Purita). Pero, incluso si no se identifica o la persona no dispone de reforzadores importantes que puedan quitarse, se puede dar al sujeto un reforzador adicional que se le retirará conforme emita la conducta indeseada *(cada semana a JC le dan 30 euros, pero pierde 1 cada 5 minutos de retraso con respecto a la hora de llegada establecida para cada día).*

El CR será más eficaz si además de retirar un reforzamiento por la emisión de la conducta, se reduce el reforzamiento natural que ésta está recibiendo. Además, como con todas las técnicas de reducción de operantes, es determinante el desarrollo de conductas alternativas.

Este procedimiento produce efectos muy rápidos de reducción de la conducta. Pero también puede producir importantes respuestas emocionales y facilitar conductas de agresión, con mayor probabilidad que los procedimientos anteriores.

3.3.2. *Características del costo de respuesta*

1. El CR, como todo procedimiento de castigo, puede producir una reducción rápida y completa de la conducta.
2. Es necesario poder retirar un reforzador de forma contingente a la emisión de la conducta.
3. Para ello es necesario que la persona disponga de una reserva de reforzadores (en caso contrario se puede crear) que sean efectivos para el sujeto y que se puedan retirar de forma contingente a la emisión de la conducta a eliminar.
4. Es determinante aplicar el CR de forma consistente y lo más próxima a la emisión de la conducta a eliminar.
5. Pasado un cierto tiempo es posible que vuelva a reaparecer la conducta (recuperación espontánea), pero si se mantiene el CR, volverá a desaparecer rápidamente y será cada vez menos probable su reaparición.
6. El uso del CR puede facilitar conductas emocionales negativas (malestar) y también de conductas agresivas, más que los procedimientos de extinción y TRF.

3.3.3. *Forma de proceder*

1. Antes de aplicar este procedimiento, considerar si basta con usar procedimientos menos aversivos, como la extinción, TFR o RD.
2. Usar siempre el CR junto con el reforzamiento positivo de conductas alternativas más adecuadas.
3. Identificar y controlar algún estímulo reforzador que pueda retirarse de forma contingente e inmediata y sea relevante en el momento presente para la persona (no tiene por qué tener relación alguna con la conducta a reducir).
4. Constatar o provocar que la persona acumule una reserva de reforzadores. Con frecuencia es útil dar una cantidad importante de reforzadores que luego pueden retirarse.
5. Establecer el valor o coste que tendrá la emisión de la conducta a eliminar. La intensidad del CR es determinante. Es decir, la cantidad de reforzadores que se van a retirar por cada conducta. En líneas generales, el CR debe suponer una retirada importante de reforzamiento, que no sea fácil de sustituir.
6. Para calcular la intensidad o cuantía del CR, ha de tenerse en cuenta la frecuencia inicial de la conducta que se desea disminuir y la cantidad de reforzadores a retirar de que dispone la persona. La intensidad del CR debe ser importante para que funcione como castigo; por otro lado, debe poder ser aplicada tras cada conducta.
7. Si tras las primeras aplicaciones del CR no se produce una reducción significativa de la conducta es señal de que el CR no es suficientemente intenso. Se debe aumentar de manera significativa su intensidad, o utilizar un reforzador alternativo más potente. Con todo no conviene ir aumentando progresivamente el CR: puede producir habituación y reducir su eficacia.

Características del costo de respuesta	Uso efectivo del costo de respuesta
— Reducción rápida y completa de la conducta. — No es imprescindible identificar ni controlar los reforzadores que mantienen la conducta. — Es imprescindible que la persona disponga de una reserva de reforzadores y que éstos puedan ser retirados. — Posibilidad de recuperación espontánea. — Con frecuencia aparecen respuestas emocionales y/o agresión inducida por el CR.	— Usar CR siempre junto al refuerzo de conductas alternativas. — Identificar un reforzador potente que pueda ser retirado de forma inmediata tras la conducta. — Asegurarse de la persona dispone de una reserva adecuada del reforzador. — Establecer la cantidad de reforzador a retirar por cada conducta. — Aplicar de forma sistemática y continuada el CR. — Especificar verbalmente las condiciones del CR. — Si es posible, eliminar el reforzamiento habitual de la conducta a reducir.

8. Es importante que el CR no agote la reserva del reforzador de que dispone la persona («bancarrota»), pues en ese caso podría seguir emitiendo la conducta sin consecuencias negativas. Hacer que una persona trabaje para superar un «saldo negativo» es muy difícil.
9. Es muy útil (no imprescindible) especificar las condiciones del CR. Es decir, informar de que a partir de un determinado momento cada vez que se emita esa conducta costará una determinada cantidad del reforzador especificado.
10. Es muy útil que haya un feedback constante de los reforzadores perdidos por emitir la conducta a reducir, así como de los ganados por emitir las conductas alternativas.

3.3.4. *Ejemplos de la aplicación del costo de respuesta*

Ejemplo: Se quiere reducir una conducta de *picar entre horas,* que Purita, una joven dieciochoañera que dispone de una *reserva* diaria de 10 euros, emite unas 20 veces al día. El CR podría ser de 0,50 euros por conducta, de forma que si *pica* 20 veces en todas tendría contingencias negativas, pero es probable que la intensidad del CR sea muy baja («Por 1/2 euros me puedo dar el gusto de picar»). ¿Podría aumentarse el CR hasta 1 euro? Desde luego que sí, pues es previsible que con el comienzo de CR se produzca una reducción de la conducta de picar y la frecuencia de ésta sería menor de las 20 veces. ¿Podría aumentarse más la cuantía del CR? Probablemente sí, incluso hasta llegar a los 2 euros, pues con esa intensidad la reducción inmediata que provocaría el CR haría que la frecuencia de picar bajara de cinco por día. No obstante, el registro de las conductas sería determinante, para ver lo adecuado de la intensidad del CR. Alternativamente se podría también establecer un CR que no fuera fijo. Es decir, que la cantidad por cada vez que pica entre horas fuera diferente. Por ejemplo, por la primera vez el CR sería 1 euro, por la segunda 1,5 euros, por la tercera 2 euros, por la cuarta 2,5 euros, por la quinta 3 euros. Así cada vez que pica el CR será mayor. Por supuesto la cuantía del CR puede irse modificando conforme avanza el programa y va reduciéndose la frecuencia de picar. Así, en la segunda semana podría implicar CR de 3 euros por cada conducta de picar, incluso más si la frecuencia de picar ha bajado de 4. A la vez habría que desarrollar una o varias conductas alternativas por las que reforzar (por ejemplo, podría ser beber un vaso de agua, o hacer un dibujo de lo que no ha comido, o simplemente que pase una hora sin que haya picado) por las que recibiría un premio (puede ser 15 minutos de televisión por la noche escogiendo canal, o también puede ser 1 euro por cada una. Si se le dan euros, habrá que tenerlos en cuenta a fin de que no le resulte fácil compensar los perdidos por picar, lo que implicaría subir el CR por picar). Cada día habría que registrar las conductas emitidas y los CR o premios.

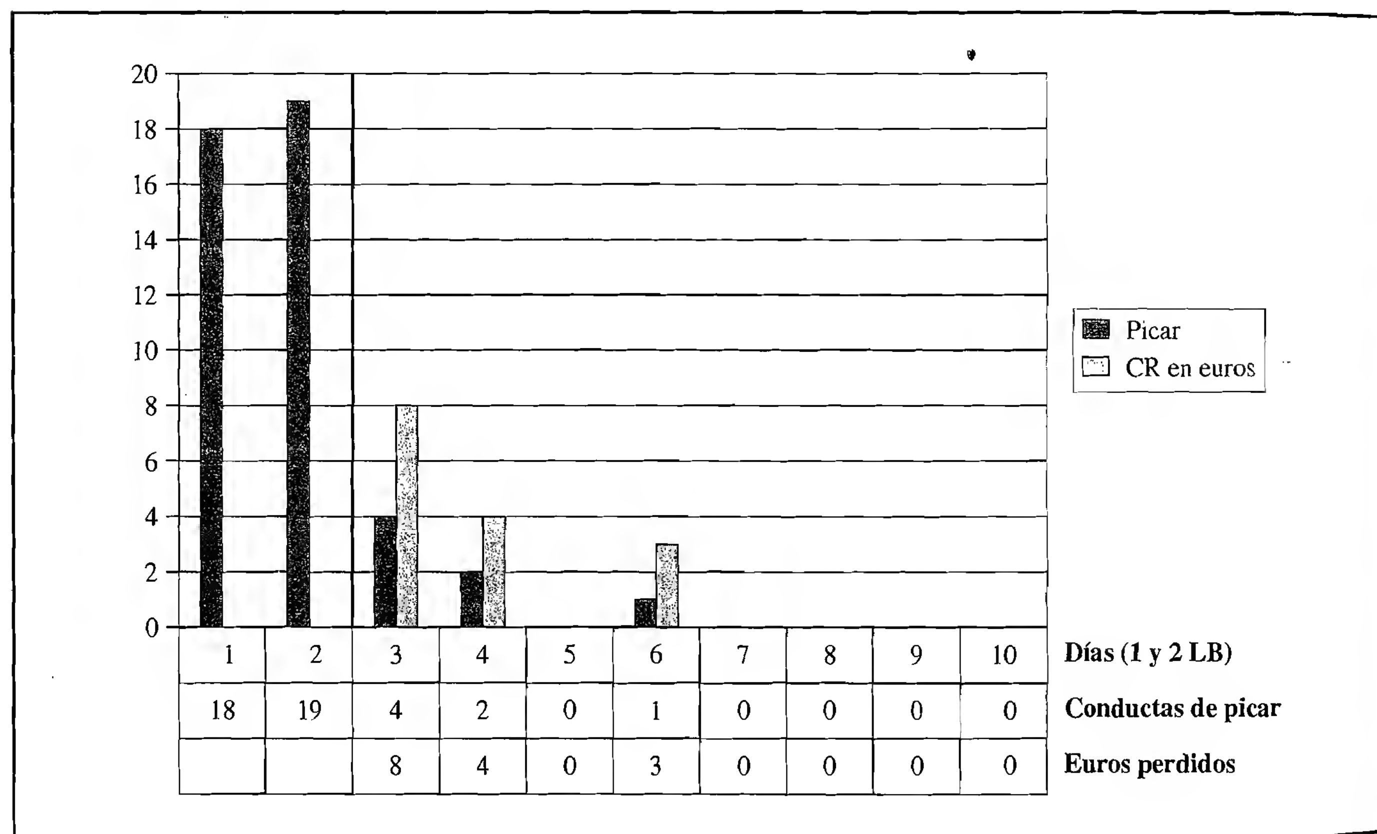
En las figuras 12.3 y 12.4 se presentan los resultados de la conducta de Purita. Obsérvese que se cambia el día 5 el CR, pasando de 2 a 3 euros. También el día 8 se cambian las condiciones de las conductas alternativas, pasando de 1 a 1/2 períodos de televisión.

3.3.5. *Ventajas y desventajas del CR*

La principal ventaja tiene que ver con sus amplias posibilidades de aplicación, prácticamente en todos los casos, pues no exigen identificar ni controlar los reforzadores que mantienen la conducta, in-

Otros ejemplos de costo de respuesta

Conductas a eliminar	Estrategias de CR
Conducir a velocidades excesivas.	Multa económica. Retirada de puntos. Cárcel.
Llegar tarde a casa (después de las 3).	Un día sin usar el coche por cada media hora.
Faltar un día al trabajo sin justificación.	Multa económica. Apercibimiento de rescisión de contrato.
Consumo de alimentos prohibidos.	Pérdida de un alimento permitido muy deseado durante un período de tiempo.



Días (1 y 2 LB)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conductas de picar	18	19	4	2	0	1	0	0	0	0
Euros perdidos			8	4	0	3	0	0	0	0

Figura 12.3.—Frecuencia de picar y CR en euros.

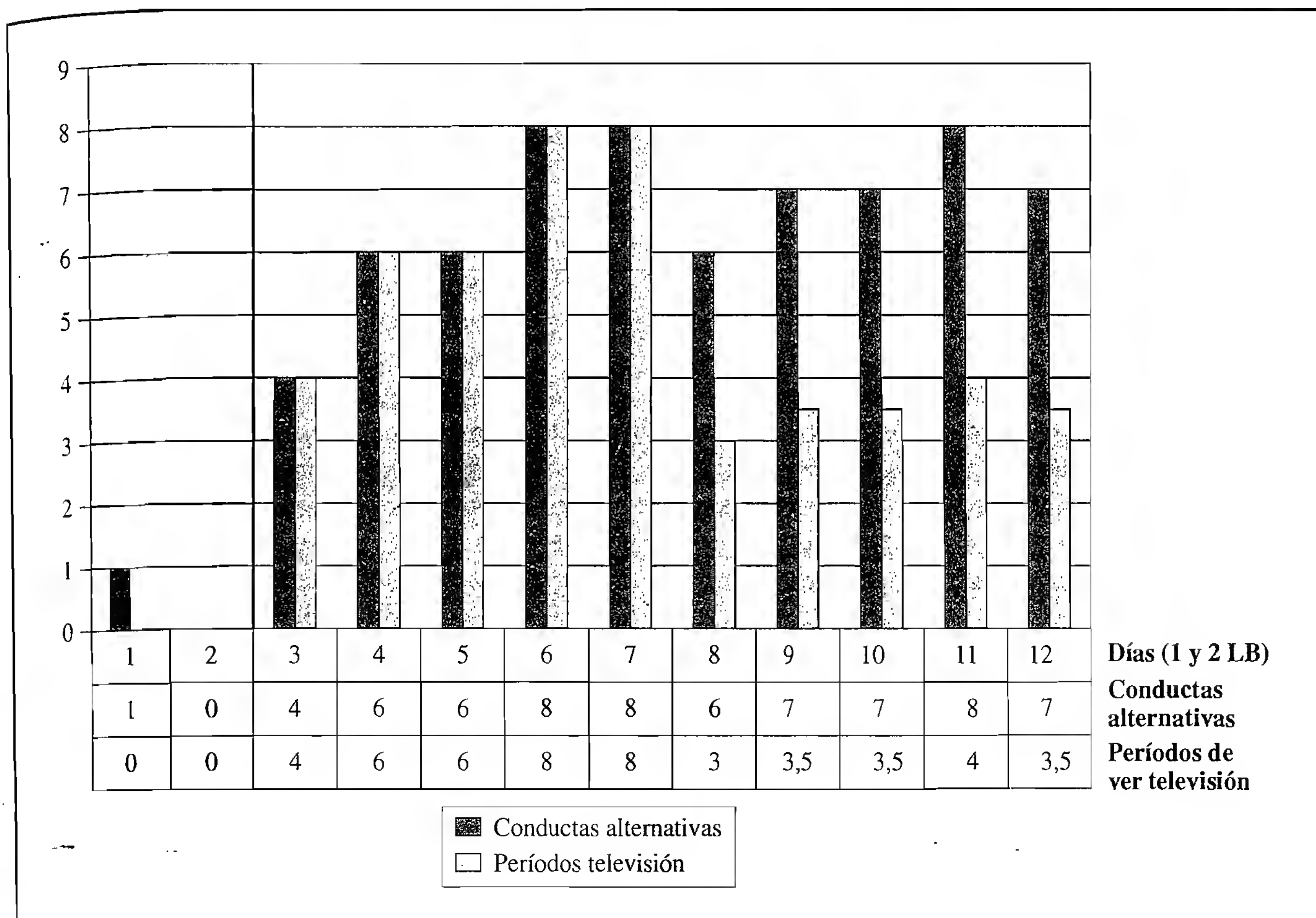


Figura 12.4.—Conductas alternativas y períodos de televisión.

cluso se puede crear una reserva de reforzadores al respecto para poder aplicar el CR. Suele producir una reducción rápida y mantenida de la conducta.

Su principal desventaja es que, al ser un procedimiento de castigo, produce con frecuencia conductas emocionales y de contracontrol. Es muy frecuente que la persona, en lugar de reducir la conducta bajo CR, trate de evitar, escapar o anular al agente del CR (muchos conductores tratan de esquivar o evitar los radares o a la policía, más que reducir la velocidad).

Ventajas del costo de respuestas	Desventajas del costo de respuestas
— Reducción de la conducta rápida y duradera. — Facilidad de aplicación en casi todas las condiciones.	— Procedimiento aversivo que puede generar respuestas emocionales y de contracontrol. — Suele generar evitación del agente de control.

3.4. Saciación y práctica negativa

3.4.1. *Definición y delimitación*

Saciación: presentación repetida de un estímulo reforzador, en un lapso de tiempo pequeño, hasta que el estímulo pierda su valor reforzante.

Práctica negativa: repetición reiterada de una conducta en un lapso de tiempo corto hasta que la realización de dicha conducta resulta desagradable (displacentera).

Saciación y práctica negativa son dos procedimientos muy similares; consisten en la repetición en un caso del estímulo (saciación) y en otro caso de la conducta (práctica negativa), hasta que uno u otra dejan de resultar atractivos o reforzantes.

Son procedimientos fáciles de aplicar pues sólo exigen conocer el estímulo o la respuesta a utilizar. Sus efectos suelen ser inmediatos. Sin embargo, estos efectos suelen ser sólo temporales, al cabo de un cierto período de tiempo es previsible que el estímulo o la conducta vuelvan a ser atractivos para el sujeto. Por esta razón ambos procedimientos pueden utilizarse para establecer un *período temporal de seguridad,* período en el que no volverá a buscarse el estímulo o emitirse la respuesta. Durante este *período temporal de seguridad,* se debe proceder al desarrollo de conductas alternativas más adaptadas. Pasado este período de tiempo, si no se han desarrollado conductas alternativas, es probable que vuelvan a producirse las conductas que se pretendía eliminar. En ese sentido son procedimientos que nunca deben usarse en solitario.

3.4.2. *Características de la saciación y la práctica negativa*

1. La aplicación de saciación y práctica negativa (PN) produce una reducción inmediata de la conducta, aunque sólo temporal.
2. Por eso mismo son técnicas que nunca han de aplicarse en solitario, sino en conjunción con procedimientos para desarrollar conductas alternativas.
3. Tras esta reducción inicial de la conducta, pasado un lapso de tiempo es de esperar que la conducta vuelva a aparecer.
4. Ha de aprovecharse este lapso de tiempo para desarrollar conductas alternativas.
5. La saciación exige conocer el estímulo reforzador que mantiene la conducta; la práctica negativa no, por lo que es muy útil en conductas que son autorreforzantes.
6. Dado que ambas implican repetir reiteradas veces la conducta a reducir, no deben utilizarse para reducir conductas peligrosas.

3.4.3. *Ejemplos de aplicación de saciación y práctica negativa*

Jorge es un niño de 8 años al que le encanta encender cerillas. Prohibírselo o regañarle por ello sólo ha conseguido que lo intente hacer a escondidas, lo que resulta más peligroso. Se comienza a aplicar un programa de práctica negativa. El viernes por la tarde el padre le invita a encender todas las cerillas que quiera, con unas condiciones: que encienda sólo una cada vez, que la mantenga encendida al menos 15 segundos y que lo haga encima del cenicero preparado para ello. Jorge empieza a encender con fruición las cerillas, una caja, dos... Hacia la mitad de la tercera caja (250 cerillas y unos 100 minutos), Jorge presenta evidentes muestras de cansancio y mani-

Características de la saciación y la práctica negativa

No utilizar como técnica única, combinar con refuerzo de conductas alternativas. Reducción inmediata de la conducta, pero sólo temporal, no permanente. No es aplicable si la R es peligrosa.	
Características de la saciación	**Características de la práctica negativa**
— Es necesario identificar el reforzador que mantiene la conducta. — Útil cuando el reforzador es barato y fácil de suministrar (en especial reforzadores materiales). — Menos útil si la conducta se mantiene por múltiples reforzadores o por reforzadores sociales.	— No es necesario identificar el reforzador que mantiene la conducta. — Técnica útil en conductas que llevan implícito el refuerzo.

fiesta querer dejar de hacerlo. El padre le dice que debe continuar hasta acabar la caja (50 cerillas más). Cuando acaba, no quiere oír hablar más de cerillas. Es el momento para desarrollar una conducta alternativa; en este caso se escoge la conducta de entregar las cerillas que encuentre sin haberlas encendido, por lo que se le premiará con diez minutos para jugar en la videoconsola. Sin que Jorge lo haya visto, el padre ha colocado algunas cerillas (diez) por la casa. A lo largo de esa tarde del viernes y mañana del sábado el padre puede constatar, dado que sabe dónde están las cerillas, si Jorge le entrega todas las que ha encontrado (lo más probable, dado el efecto de la reciente práctica negativa). Al día siguiente, sábado por la tarde, se vuelve a repetir la práctica negativa en las mismas condiciones. Ahora Juan pide dejarlo después de 80 cerillas, pero el padre le obliga a seguir hasta 120. Durante el resto de la semana se siguen colocando cerillas de «cebo» y manteniendo el reforzamiento por la conducta incompatible. Durante la semana se mantiene el programa de «premios» por entregar las cerillas. Al fin de semana siguiente se puede hacer una sesión más de práctica negativa. También se puede añadir un programa de CR por cada cerilla no entregada, pero si esto se produce más de una vez, será conveniente repetir al menos una sesión de práctica negativa.

3.5. Reforzamiento diferencial (RD)

3.5.1. *Definición y delimitación*

Consiste en reforzar una o varias conductas «diferentes» de la conducta que se quiere reducir. Se espera que al aumentar la frecuencia de esta nueva o nuevas conductas, disminuya la frecuencia o desaparezca la conducta no deseada. Hay varias formas en las que se puede aplicar el reforzamiento diferencial:

a) Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO): reforzar cualquier conducta distinta de la que se quiere eliminar.
b) Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI): reforzar sólo conductas incompatibles con la que se quiere eliminar.
c) Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB): reforzar una conducta sólo si se emite por debajo de cierta frecuencia o tasa.

Conducta a reducir	Estrategias a utlizar
Conducta de fumar.	Fumar dos cigarrillos seguidos (o durante 15 minutos) con aspiraciones a intervalos de seis segundos.
Tic facial.	Repetir voluntariamente el tic facial durante un período de tiempo amplio (diez minutos).
Dudas reiteradas sobre los zapatos (u otra parte del vestir) a ponerse.	Dedicar necesariamente 15 minutos a probarse todos los zapatos antes de decidir, a lo largo de varios días (por ejemplo: cinco).

Ventajas de la saciación y PN	Desventajas de la saciación y PN
— Los estímulos o conductas a utilizar son fáciles de identificar. — No exigen identificar los reforzadores de la conducta. — Producen efectos inmediatos. — Facilitan un período de «tiempo libre de la conducta».	— No utilizables como técnica única. — Efectos reducidos en el tiempo. — A veces no supresión completa de la conducta. — No utilizables en conductas peligrosas. — Poco eficaces con conductas mantenidas por reforzamiento social.

El RD supone un enfoque positivo, en el que se prima el desarrollo de una o varias conductas, frente a los anteriores, que priman la eliminación de una o varias conductas. El efecto que produce suele ser una reducción progresiva de la conducta, conforme se consolidan las conductas alternativas, no inmediata. Pero ese efecto suele ser duradero. No requiere identificar ni controlar los reforzadores que mantienen la conducta a eliminar, pero sí que la intensidad del refuerzo de las nuevas conductas sea mayor que éste. La eficacia de esta técnica aumenta mucho si se utiliza en combinación con las otras técnicas de eliminación de operantes (Extinción, TFR, CR, Saciación y PN).

3.5.2. *RDO*

Se refuerza cualquier conducta del sujeto, con excepción de la que se pretende eliminar. Es el procedimiento más simple y menos exigente, pero probablemente no el más potente. Su aplicación se puede llevar a cabo de varias maneras, dependiendo de los objetivos a conseguir o la conducta a reducir:

a) Reforzar por cualquier conducta que se emita excepto la conducta a reducir.
b) Reforzar sólo por la emisión de una o varias conductas específicas, en lugar de la conducta a reducir.
c) Reforzar por un período de tiempo sin que aparezca la conducta a eliminar (reforzamiento de omisión).

Para la aplicación de las variantes *a*) y *c*) es necesario establecer un intervalo temporal preciso durante el que se aplicarán las contingencias del RDO.

3.5.3. *RDI*

Consiste en reforzar una conducta (o varias) que es incompatible con la que se desea eliminar. Es un procedimiento más exigente que el RDO, pues exige identificar una conducta incompatible, cosa a veces difícil, pero suele ser de una mayor eficacia, incluso con menores tasas de reforzamiento (Whitman, Sciback y Reid, 1983; Labrador y Cruzado, 1993). Por ejemplo, si la conducta que se desea reducir es la de fumar, hay muchas conductas incompatibles con fumar (bañarse, tener la boca cerrada, comer...), pero dado que la conducta de fumar puede realizarse en un breve período de tiempo (uno o dos segundos una aspiración), a lo largo de todo el día, es difícil encontrar una conducta incompatible que bloque la conducta de fumar las 24 horas del día.

Suele ser útil que la conducta incompatible ayude a que la persona tome conciencia de la conducta a eliminar. Esto facilitará que en lo sucesivo la

Uso efectivo del RDO

— Informar de la aplicación de RDO.
— Establecer el intervalo temporal de aplicación en función de la conducta a reducir.
— Establecer el reforzador a utilizar.
— Establecer el criterio para obtener el reforzamiento:

a) Emitir cualquier conducta alternativa a la que se desea eliminar.
b) Emitir la o las conductas específicas (puede usarse sin intervalo temporal explícito).
c) No emitir la conducta a eliminar durante un período de tiempo.

— Aplicar el RDO de forma contingente y consistente.
— Tras aplicar el RDO en los primeros momentos de forma continua, pasar a aplicar el RDO de forma intermitente para una mayor resistencia a la extinción de las nuevas conductas.
— No utilizar como procedimiento único si la conducta es peligrosa o hay que retirarla de forma rápida.
— Atención a no reforzar conductas alternativas que también sean desadaptadas.
— Se puede combinar con otros procedimientos (extinción, saciación, costo de R...).

Uso efectivo del RDI

— Informar de la aplicación del RDI. — Establecer el intervalo temporal de aplicación en función de la conducta a reducir. — Establecer el reforzador a utilizar. — Seleccionar posibles respuestas incompatibles que ya presente el sujeto (en caso contrario instalar una nueva) y que tengan probabilidades de ser mantenidas por el medio. — Aplicar el RDI de forma contingente y consistente. — Tras aplicar el RDI en los primeros momentos de forma continua, pasar a aplicarlo de forma intermitente para una mayor resistencia a la extinción de las nuevas conductas. — No utilizar como procedimiento único si la conducta es peligrosa o hay que retirarla de forma rápida. — Atención a no reforzar conductas alternativas que también sean desadaptadas. — Se puede combinar con otros procedimientos (extinción, saciación, costo de R...).

Ejemplos de aplicaciones de RDO y RDI

Conductas a eliminar	Estrategias
Morderse las uñas.	Llevar guantes.
Jugar con la videoconsola.	Reforzar por veinte minutos de ejercicio físico.
Hablar en clase.	Dos minutos más de recreo por cada treinta minutos sin que nadie hable.

Ventajas y desventajas del RDO y RDI

Ventajas del RDO y RDI	Desventajas del RDO y RDI
— Es un enfoque positivo para el sujeto. — Es un enfoque constructivo, desarrolla una alternativa de conducta. — Sus efectos son duraderos. — Puede usarse sin identificar o controlar los reforzadores que mantienen la conducta.	— Su efecto para reducir conductas, como procedimiento único, es demorado. — Aunque se desarrollen conductas alternativas, puede aparecer la conducta a eliminar.

persona pueda identificar cuándo va a llevar a cabo la conducta (o cuándo desea hacerlo) a eliminar y emita la conducta incompatible en su lugar, manteniéndola el tiempo suficiente para bloquear la inadecuada.

3.5.4. *RDTB*

Se refuerza la emisión de una conducta sólo si su frecuencia está por debajo de un criterio en un intervalo de tiempo prefijado. Es un procedimiento dirigido a reducir una conducta adecuada, pero cuya frecuencia es incorrecta. *En una clase universitaria se desea que los alumnos intervengan, pero no que acaparen (en especial si es uno solo) todo el tiempo con sus intervenciones y no dejen progresar en el contenido; parece conveniente limitar las intervenciones, no eliminarlas. Se puede atender a la intervención de un alumno sólo si no supera un minuto cada media hora (otra forma es atender sólo si ha pasado al menos cierto tiempo —30 minutos— des-*

de la anterior intervención). Alternativamente, en una reunión de departamento o de vecinos, se puede reforzar por intervenir con tal de que cada intervención no supere los tres minutos.

Es un enfoque positivo, la persona recibe reforzamiento por emitir una conducta que ya tiene, pero a condición de que la frecuencia de ésta sea moderada. Obviamente la frecuencia considerada adecuada puede estar muy alejada de la frecuencia actual, en cuyo caso deben establecerse los criterios de forma progresiva hasta llegar al objetivo final. Suele se útil ayudarse de estímulos discriminativos que señalen cuándo se obtendrá reforzamiento si se emite la conducta y cuándo no.

3.6. Sobrecorrección (SC)

3.6.1. *Definición y delimitación*

El procedimiento de SC consiste en que, tras la realización de una conducta inadecuada, la persona ha de llevar a cabo una conducta que remedie (en exceso) las consecuencias negativas de esa conducta inadecuada (sobrecorregir).

Se consideran dos procedimientos de SC:

a) *Sobrecorrección restitutiva (SC-R)*: consiste en compensar el «daño» o «perjuicio» ocasionado con una conducta restituyendo o

Uso efectivo del RDTB

- — Informar de la aplicación del RDTB.
- — Establecer el intervalo temporal de aplicación (puede ser todo el tiempo) en función de la conducta a reducir.
- — Establecer el reforzador a utilizar.
- — Establecer la frecuencia a la que se considera aceptable la conducta (puede irse modificando gradualmente).
- — Establecer estímulos discriminativos que señalen que se obtendrá reforzamiento si se emite la conducta.
- — Aplicar el RDTB de forma contingente y consistente.
- — No utilizar RDTB como procedimiento único si la conducta es peligrosa o hay que reducirla de forma rápida.
- — Se puede combinar con otros procedimientos (extinción, saciación, costo de respuesta...).

Ejemplos de aplicaciones de RDTB

Conductas a controlar	**Estrategias**
Beber vino.	Si no supera dos copas.
Jugar con la videoconsola.	Si no más de veinte minutos seguidos. Si no más de tres veces por día.
Hacer ejercicio.	Si no más de una hora al día.

Ventajas del RDTB	**Desventajas del RDTB**
— Es un enfoque positivo, establece una conducta. — Es útil cuando se desea reducir la frecuencia de una conducta sin eliminarla.	— Procedimiento lento. — Se focaliza en la conducta indeseable (no considera posibles conductas alternativas). — Puede inducir a creer que una conducta inadecuada es apropiadas a tasas bajas.

mejorando en exceso (sobrecorrigiendo) las condiciones alteradas por esa conducta. *Una persona que ha pintado un graffiti en una pared no permitida deberá limpiar esa pared y pintarla de nuevo con su color original, o limpiar varias paredes.*

b) *Sobrecorrección de práctica positiva (SC-PP):* realizar de forma repetida (sobrecorrección) conductas apropiadas, físicamente incompatibles con las conductas indeseables a eliminar. *Una persona que deja tirada la ropa sucia en el suelo debe llevarla diez veces seguidas al cesto de la ropa sucia.*

Los procedimientos de SC, aunque han sido menos investigados que los anteriores, han mostrado de forma sistemática su eficacia. Para su aplicación no es imprescindible identificar el reforzador de la conducta inadecuada, ni tampoco controlarlo. En algunos casos sus efectos son relativamente rápidos, aunque con frecuencia suelen ser más bien graduales. En cierta manera es un procedimiento aversivo, en cuanto que provee contingencias negativas por la realización de una conducta, si bien al centrarse en contingencias directamente relacionadas con la conducta indeseada, e incorporar unos aspectos educativos (sobrecorregir o practicar la conducta adecuada), los efectos colaterales, como respuestas emocionales o conductas de contracontrol, suelen ser menores. Tienen la ventaja de insistir en el desarrollo de una conducta alternativa positiva, por lo que pueden utilizarse como procedimiento de reducción de operantes único. Si bien en muchos casos sus efectos no son permanentes, en especial cuando se aplican en adultos (Cooper et al., 1987; Wolery, Bailey y Sugai, 1988; Cruzado y Labrador, 1993).

3.6.2. *Características de la técnica de sobrecorrección (SC)*

1. La SC tiene como objetivo establecer contingencias aversivas por la emisión de la conducta a eliminar que contrarresten los efectos del reforzamiento de ésa.
2. Suele producir una reducción rápida de la conducta, aunque no en todos los casos.
3. Es importante la inmediatez de la aplicación de la técnica, en especial en la SC-R.
4. Aunque no es imprescindible identificar los reforzadores que mantienen la conducta, hay que asegurarse de que las contingencias negativas por su emisión son importantes a fin de contrarrestar el posible efecto de esos reforzadores.
5. Conseguir reforzadores por conductas alternativas apropiadas es una estrategia especialmente indicada en el uso de la SC. En el caso de usar SC-PP, especialmente fácil de aplicar.
6. Los efectos de la SC, aunque suelen prolongarse en el tiempo, pueden irse reduciendo de forma gradual.

3.6.3. *Forma de proceder*

1. Antes de la aplicación de la SC, utilizar órdenes que incluyan el rechazo por la conducta indeseable y que describan la conducta adecuada, o establecer «reglas de conducta». Pueden ser suficientes para cambiar la conducta (Gelfand y Hartman, 1988).
2. Si se observa que la persona inicia la conducta indeseable, avisar de la necesidad de ponerle fin.
3. Si se continúa realizando la conducta tras el aviso, o ya ha realizado la conducta, aplicar la sobrecorrección de forma inmediata y consistente. La rapidez de la aplicación es importante, pues al impedir disfrutar del refuerzo por la conducta adecuada añadiría los efectos de la extinción, y también el refuerzo de la conducta alternativa.
4. Asegurar que las conductas utilizadas (tanto restaurativas como positivas) guardan relación, y son relevantes, con la conducta a eliminar y el objetivo a conseguir.
5. La duración de la SC debe ser suficiente para que produzca los efectos deseados (consecuencias negativas por realizar la conducta

inadecuada y positivas por realizar la adecuada). La duración dependerá de la edad de la persona. En todo caso se deberá mantener la SC un cierto tiempo después de haber «restaurado» al menos las condiciones alteradas.

6. Es importante que la persona no reciba reforzamiento alternativo (en forma de atención, aprobación social, prebendas...) durante la realización de la SC. Simplemente dar las instrucciones para su adecuada realización.
7. Si la situación lo requiere, se pueden utilizar conjuntamente ambos procedimientos, primero SC-R y después SC-PP. Por ejemplo: el entrenamiento en cama seca (Azrin, Sneed y Foxx, 1974); si el niño se ha orinado en la cama, primero deberá limpiar la cama y toda la habitación (SC-R), después deberá ir al cuarto de baño, sentarse en la taza como para orinar, volver a su cama y repetir esta operación diez veces (SC-PP).
8. Si no se ha producido ninguna alteración o deterioro en el ambiente, es suficiente utilizar la SC-PP.
9. Si es posible, utilizar SC-PP que esté relacionada topográficamente con la conducta problema, aunque se use además la SC-R.
10. En caso contrario, combinar el tratamiento de SC con un programa de reforzamiento positivo de conducta(s) adecuada(s) alternativa(s).
11. Programar la SC en distintos ambientes y con distintas personas para lograr una mejor generalización de los efectos.

Uso efectivo de la sobrecorrección

— Especificar verbalmente las condiciones de la SC.
— Aplicación inmediata y consistente tras la emisión de la conducta a eliminar.
— Las conductas utilizadas deben guardar relación y ser relevantes con la conducta a eliminar.
— La duración debe prolongarse cierto tiempo después de restaurado el ambiente.
— Combinar SC-R con reforzamiento de conductas alternativas.
— Utilizar, si es posible, ambas formas de SC de manera conjunta.
— Si no hay alteración del ambiente, basta con SC-PP.
— Si es posible, reducir el reforzamiento de la conducta a eliminar.

3.6.4. *Ejemplos de aplicación de la sobrecorrección*

Conducta a eliminar	Estrategias SC-R	Estrategias SC-PP
Enuresis nocturna.	Tras incontinencia, limpiar (cambiar) ropa, cama, habitación.	Practicar el levantarse de la cama e ir al baño a orinar.
Dejar las «cacas» del perro en la calle.	Limpiar varias «cacas» de la calle.	Practicar el coger una bolsa, salir y recoger algo del suelo.
Falta de higiene dental (no se lava los dientes).	—	Lavar varias veces los dientes (cuatro o cinco) tras cada comida sin hacerlo.
Desordenar el salón.	Reordenar el salón y un par de habitaciones más.	—

3.6.5. *Ventajas y desventajas de la Sobrecorrección*

Ventajas de la sobrecorrección	Desventajas de la sobrecorrección
— Reducción de larga duración de la R. — Establece (enseña) conductas adecuadas. — No tiene tantos efectos negativos como los procedimientos aversivos.	— Sus efectos a veces son graduales, no inmediatos. — Requiere un cierto tiempo para su aplicación. — A veces hay dificultades para identificar o establecer las conductas alternativas adecuadas. — A veces se considera un método «muy infantil».

4. CONSIDERACIONES FINALES

No hay duda de la eficacia de los procedimientos expuestos para la eliminación o reducción de las conductas operantes. Si bien, en función de las conductas y de las condiciones ambientales, será conveniente usar unos u otos. A modo de recordatorio se resumen las principales condiciones para su aplicación en la tabla 11.1.

Es importante tener en cuenta que el proceso de eliminar una conducta siempre requiere dos actuaciones: reducir la conducta en cuestión y desarrollar alguna conducta alternativa en su lugar.

La mayoría de estos procedimientos se han derivado de forma muy directa de la psicología del aprendizaje animal y de modelos de «caja negra». Para su aplicación a personas sin duda es muy útil el uso de instrucciones y de especificaciones verbales de las condiciones que se van a establecer. De hecho en muchos casos esta mera declaración de cambios de condiciones puede producir cambios importantes (Malott, 1989; Davey y Cullen, 1988). En cualquier caso, y de cara al aprendizaje de cualquier contingencia, es de gran ayuda que la persona sepa qué debe aprender (qué tipo de relación entre una conducta y nuevas contingencias debe aprender). Asimismo estas instrucciones y/o «reglas» verbales son muy útiles de cara a la generalización (Perone, Galizio y Baron, 1988; Wearden, 1988).

El cambio que se produce en las conductas operantes de las personas, como el que se pretende con estas técnicas, depende de forma determinante de las condiciones del medio, en especial de las personas implicadas en él, lo que exige extender el control del comportamiento (reforzamiento y procesos de eliminación) a estas personas, no pensar que sus conductas no son sensibles a contingencias.

Hay que asegurar que el medio favorece las condiciones para que se mantengan las conductas, de modo que un cambio en éste supondrá lógicamente un cambio en las conductas. Por eso, si lo que se pretende es que la persona aprenda estas conductas en determinadas condiciones del medio, para que las mantenga luego en condiciones menos adecuadas, será necesario dotar a la persona de habilidades para que los sistemas de autorreforzamiento propios se sobrepongan y compensen a los provenientes del medio. Es decir, dotarlas de habilidades de autorregulación o autocontrol, como punto final. Obviamente a este objetivo se dedican los procedimientos y técnicas de autocontrol que se abordan en otro capítulo.

TABLA 12.1

Consideraciones para la elección de las distintas técnicas

Técnica	Consideraciones para la elección
Extinción	— Se pueden identificar y controlar los reforzadores de la conducta problema. — Se puede tolerar el aumento inicial de la conducta. — Se puede reducir la conducta de forma gradual. — Se puede controlar el ambiente (personas implicadas). — Reforzar conductas alternativas.
Tiempo fuera de reforzamiento	— Se pueden identificar los reforzadores. — Se puede sacar a la persona del ambiente. — Se puede tolerar el aumento inicial de la conducta. — Se puede reducir la conducta de forma gradual. — Reforzar conductas alternativas.
Costo de respuesta	— No es necesario identificar o controlar los reforzadores de la conducta problema. — Se desea una reducción inmediata de la conducta. — La persona puede disponer de una «reserva» de reforzadores. — Se pueden retirar los reforzadores de esa «reserva». — Reforzar conductas alternativas.
Saciación/práctica negativa	— Se puede identificar el reforzador (saciación) o la conducta reforzante (práctica negativa). — La conducta no es peligrosa. — Se desea una reducción rápida. — Efectos temporales, no permanentes. — Reforzar conductas alternativas.
Reforzamiento diferencial: RDO/RDI	— No es necesario identificar o controlar los reforzadores de la conducta problema. — Se dispone de refuerzos efectivos. — Se puede reducir la conducta de forma gradual. — Se desea insistir en desarrollar conductas alternativas/incompatibles a la conducta problema. — Se pueden combinar con las demás técnicas de reducción de operantes.
De tasas bajas (RDTB)	Además de lo anterior: — El objetivo es reducir una conducta o mantenerla en niveles moderados.
Sobrecorrección	— Se dispone de conductas (restaurativas/positivas) relacionadas con la conducta a eliminar. — Se dispone de tiempo en los ambientes en que aparece la conducta a eliminar para aplicar SC. — No se trata de conductas autoagresivas o peligrosas. — Se desea que la persona aprenda conductas adecuadas. — Combinar si es posible SC-R y SC-PP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Cruzado, J. A. y Labrador, F. J. (1993). Técnicas para la reducción de conductas operantes. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Capítulo en el que se exponen de forma detallada las principales técnicas de reducción de operante utilizando el control de estímulos reforzadores. Tanto la exposición como los ejemplos ilustran con precisión la forma de aplicar estas técnicas.

Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación.

Este libro recoge una extensa descripción de las técnicas operantes, incluyendo la explicación pormenorizada de la aplicación del procedimiento y numerosos ejemplos referidos no sólo a la clínica sino también a otros ámbitos en que estas técnicas son efectivas.

Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G. R. (1983). *Procedimientos de análisis conductual aplicado en niños y jóvenes*. México: Trillas (original de 1977).

Obra muy interesante para la aplicación de las técnicas operantes a niños y jóvenes. Sencilla, precisa y muy orientada a la práctica. Para los temas abordados en este capítulo son de especial interés los capítulos: 18, 19, 20 y 21.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Un profesor constantemente altera las reuniones de departamento con todo tipo de intervenciones, en especial quejas sobre las conductas de los alumnos e imprecaciones a sus compañeros. Éstos inútilmente intentan hacerle «entrar en razón», pero él cada vez presenta más quejas. Para reducir definitivamente este tipo de conductas sería especialmente útil el uso de la técnica de:

   a) Extinción.
   b) Sobrecorrección restitutiva.
   c) Tiempo fuera de reforzamiento.

2. Purita es una angelical niña de 8 años a la que le gusta mucho jugar con cerillas y encenderlas. Para eliminar esta peligrosa conducta, una estrategia esencial es el desarrollo de conductas alternativas incompatibles con encender cerillas, pero además, en especial en los primeros momentos, es útil ayudarse de técnicas como:

   a) Costo de respuesta por cada cerilla que enciende.
   b) Saciación de encender cerillas.
   c) Extinción por encender cerillas.

3. A la hora de reducir una conducta operante, hay que tener en cuenta que la técnica de costo de respuesta frente a la técnica de extinción tiene, entre otras ventajas, la de que:

   a) Consigue una reducción más rápida y duradera de las conductas.
   b) Se puede aplicar aunque no se sepa qué estímulos reforzadores están manteniendo la conducta.
   c) Produce menos respuestas emocionales y de contracontrol.

4. Abundio Násez se hace pelotillas con los excrementos de la nariz mientras ve su programa favorito de televisión *(Crónicas marranas)* en su casa. No hemos podido identificar qué refuerza esta conducta, por otro lado de alta frecuencia. ¿Cuál de las siguientes técnicas sería más adecuado utilizar para eliminar esa conducta?:

   a) Tiempo fuera de reforzamiento.
   b) Sobrecorrección restitutiva.
   c) Saciación.

5. A. Gil, inteligente profesora de niños de 9 años, tiene serios problemas para impedir que cuatro o cinco niños le alboroten la clase. Decide aplicar un programa de puntos para controlar a esos alumnos. La forma adecuada de controlar esa conducta con puntos sería:

a) Dar un punto a toda la clase cada x tiempo (por ejemplo: 15 minutos) si nadie ha alborotado en clase.
b) Dar puntos a todos los alumnos que no alboroten durante x tiempo (por ejemplo: 15 minutos).
c) Dar puntos sólo a los alborotadores si pasan x tiempo (por ejemplo: 15 minutos) sin alborotar.

6. Para reducir una conducta con la técnica de costo de respuesta es imprescindible:

a) Poder identificar los reforzadores que mantienen esa conducta.
b) Que la conducta no sea peligrosa y pueda reducirse de forma progresiva.
c) Poder disponer de una «reserva» de reforzadores.

7. Abundio Insúltez dedica gran parte de su vida a «insultar» a sus hermanos y a los compañeros de clase. Tras instalar un programa de RDI, se constata la necesidad de completarlo con un costo de respuesta. Si habitualmente le dan una «paga» semanal de 10 euros y el promedio de «insultos» por día es de 50, ¿cuál de las siguientes cantidades de dinero sería más adecuado retirarle al comienzo de este programa?:

a) 5 euros cada día que insulte.
b) 1 euro cada vez que insulte.
c) 0,5 euros cada vez que insulte.

8. J. Desórdenez, 22 años, 78 kilos, deja todo tirado o, peor, perdido. Cazadora en el salón, bote de refresco y restos de pizzas en su habitación, zapatillas en el pasillo..., las llaves del coche familiar no se sabe dónde. Sus padres (y su madre) están desesperados. Acuden a un psicólogo para que les ayude a controlar estas conductas. Además de reforzar conductas alternativas, ¿qué técnica sería más útil para reducir estas conductas?:

a) Sobrecorrección.
b) Tiempo fuera de reforzamiento.
c) Saciación.

9. J. Mémez ha leído algo de psicología y decide autoaplicarse la técnica de saciación para la conducta de fumar. Ya ha fumado los dos cigarrillos a intervalos de seis segundos y, tras vomitar ligeramente, se encuentra realmente mal. Jura que no volverá a probar un cigarrillo en su vida. Es de esperar que:

a) Esté varios días sin desear fumar pero vuelva a fumar al cabo de un mes o dos.
b) No vuelva a probar los cigarrillos.
c) Aunque quizá vuelva a fumar al cabo de cierto tiempo, fumará menos que antes.

10. Aurora Líndez, mujer encantadora de 16 inviernos, tiene el feo «vicio» de morderse constantemente las uñas. Para eliminar la conducta, se puede contar con sus padres como coterapeutas, pero no se han identificado estímulos discriminativos ni reforzadores de esa conducta. ¿Cuál de estos procedimientos sería más adecuado usar en este caso?:

a) Tiempo fuera de reforzamiento.
b) Costo de respuestas.
c) Sobrecorrección restaurativa.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	b	a	a	c	c	a	a	b

Técnicas operantes III: sistemas de organización de contingencias

13

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. INTRODUCCIÓN Y BASES TEÓRICAS

En los capítulos anteriores se ha considerado el control de conductas individuales, más o menos aisladas, a través de contingencias asimismo individuales. Pero la realidad es más compleja; en la mayor parte de los casos no parece adecuado modificar una sola conducta sino varias, incluso muchas, y trabajar una a una sería muy lento y poco adecuado. También, con frecuencia, es necesario trabajar con conductas de más de una persona. Por ejemplo, V y M tienen una relación de pareja aceptable, aunque ambos consideran importante mejorarla. Cuando se trata de precisar qué quieren decir con «mejorar su relación», cada uno de ellos señala varias conductas. Así, para V sería deseable que M fuera más cariñosa, más ordenada con los CD, que le acompañara a hacer la compra y no le montara un número cada vez que queda con los amigos. Para M sería deseable que V la besara y abrazara con más frecuencia, que dedicara más tiempo a estar con ella, que cocinara al menos tres días por semana, que la acompañara a hacer deporte y ver museos. En este caso, no parece muy adecuado cambiar de una en una las conductas; además, el cambio en una persona (V) debería implicar un cambio en la otra (M) y viceversa. Se hace necesario el desarrollo de sistemas de contingencias más complejas que las vistas hasta ahora. Lo mismo que si queremos cambiar varias conductas a un grupo de personas (por ejemplo, un centro de reclusión), varias conductas a una persona (comportamientos inadecuados en el trabajo de una persona nueva) o una conducta a un grupo de personas (llegar todos los jugadores puntualmente a los entrenamientos del equipo).

Para este tipo de demandas, y muchas otras, se han desarrollado lo que se conoce como «sistemas de control de contingencias». Bajo este término, un tanto impreciso, se hace referencia a desarrollos de las técnicas operantes que permiten una aplicación especial, más compleja que las vistas hasta ahora y que abarquen más conductas y/o personas.

Se definen como sistemas de contingencias complejos porque:

a) Se intentan controlar varias conductas a la vez.
b) Se intenta controlar a varias personas a la vez (o grupos).
c) Se utilizan múltiples contingencias, que pueden ser tanto positivas como negativas.
d) Es fundamental el uso de reforzadores generalizados.
e) Exigen un control relativamente amplio (complejo) del ambiente.

No obstante, también estos sistemas se fundamentan en los principios del condicionamiento operante. Dado que ya han sido expuestos con anterioridad, estos principios no se volverán a exponer, recogiendo en la tabla 13.1 los aspectos más importantes de cara a la aplicación.

Dos son los principales sistemas de organización de contingencias: *economías de fichas* y *contratos conductuales*. Éstos serán el objetivo del presente capítulo.

TABLA 13.1

Directrices para la aplicación de técnicas operantes

a)	Mejor utilizar estímulos reforzadores que aversivos, y premios que castigos.
b)	Al inicio utilizar muchos premios para que a la persona le interese implicarse en el sistema de control.
c)	Al inicio exigir realizaciones conductuales fáciles de lograr.
d)	Incrementar progresivamente las exigencias de las conductas.
e)	Instalar las conductas con programas de reforzamiento continuo.
f)	Para mantener las conductas, recurrir a programas de reforzamiento intermitente.
g)	Para descontinuar el control con contingencias artificiales, cambiar progresivamente éstas por contingencias naturales (en especial reforzadores sociales).

2. ECONOMÍA DE FICHAS (EF)

2.1. Introducción

La economía de fichas (EF) es un sistema de organización de contingencias externas dirigido a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, de forma que permita controlar las conductas de una persona, o un grupo de personas, en dicho entorno. Para ello es fundamental establecer un control *efectivo* y *exclusivo* sobre los reforzadores que se emiten en dicho ambiente. Efectivo, porque se controlan todos los reforzadores (o al menos los más importantes) de dicho ambiente, exclusivo porque, mediante la implantación de un reforzador generalizado con base material (denominado «ficha»), los reforzadores sólo pueden ser entregados por las personas que aplican dicho programa.

El término *economía* hace referencia a que el sistema recuerda un sistema económico, en el que se «paga» o «cobra» cierta cantidad de fichas (en lugar de dinero) por la emisión de determinadas conductas. El uso de *fichas,* un reforzador generalizado introducido de forma artificial, supone que puede ser controlado «exclusivamente» por las personas que participan en el programa para que sólo se aplique de forma contingente cuando aparezcan las conductas adecuadas o se retiren cuando aparezcan las indeseadas. Los efectos no serían diferentes de los producidos con otros tipos de reforzadores generalizados más habituales (dinero, aprobación social, atención...); la diferencia es que estos reforzadores habituales pueden ser entregados por cualquier persona, lo que con frecuencia impide que se apliquen sólo a las conductas y en las condiciones deseadas, pudiendo colaborar a la aparición y mantenimiento de conductas desadaptadas. Para evitar este problema se introduce un reforzador nuevo y, en consecuencia, «artificial», que debe ser lo suficientemente potente como para sobreponerse a los ya existentes en el medio. Si este reforzador es un reforzador generalizado que, como sucede con el dinero, puede cambiarse por múltiples reforzadores de apoyo, es de esperar que tenga una potencia muy importante.

Dadas las ventajas de los reforzadores generalizados de base material, como facilitar su cuantificación, entrega inmediata, permanencia constante en poder de la persona reforzada, efecto de puente hasta la llegada del reforzador de apoyo, etc., así ha de ser este reforzador o *ficha.* En realidad se han usado como reforzadores fichas, puntos apuntados en distintos medios (cuaderno, tablón, pizarra), pegatinas de colores, bonos..., si bien, dado que en sus primeras aplicaciones se utilizaron como reforzadores fichas de póquer, por sus características de escaso tamaño y diferentes colores, se ha denominado a esta técnica «economía de fichas» (Ayllon y Azrin, 1968; Ayllon, 1999).

Los sistemas de EF se utilizan fundamentalmente para controlar bien varias conductas de una persona, bien una o varias conductas de un grupo de personas, a fin de desarrollarlas, aumentar o disminuir su frecuencia o eliminarlas. Con frecuencia, se utiliza un sistema de fichas o reforzadores generalizados materiales para controlar las conductas, por ejemplo

el profesor que da notas a sus alumnos por estar callados o el padre que premia con dinero a su hijo cada vez que baja la basura, la marca de detergentes que da puntos para cambiar por otros objetos, etc. Estos casos en los que se premia una conducta no son sistemas de EF, sino un simple programa de reforzamiento que utiliza «fichas», «puntos» o «dinero». Un sistema de economía de fichas supone un control más completo del medio y la atención a varias conductas o una conducta emitida por varias personas (Labrador, Larroy y Cruzado, 1993; Ghezzi, Ginger, Tarbox y MacAleese, 2003).

La EF puede utilizarse para el control de prácticamente todas las conductas y en todos los ambientes sociales y personales, si bien los ámbitos de aplicación más habituales han sido instituciones, como colegios o aulas académicas, centros de reinserción social, cárceles, hospitales... Incluso en ámbitos no físicos, sino virtuales, conectados a través de Internet (Pear y Crone-Todd, 1999; Pear y Martin, 2004).

En un trabajo anterior (Labrador et al., 1993) se apuntaba cómo el propio o sistema económico occidental podría considerarse una economía de fichas: el dinero es un reforzador generalizado artificial, que se entrega por la emisión de unas conductas determinadas (a veces con cierto retraso) y que puede canjearse por un gran número de reforzadores naturales. Por tanto, y aunque sea con una planificación no estricta y, por lo mismo, muchas veces inefectiva, los sistemas EF son programas de uso corriente en nuestra sociedad.

2.2. Elementos básicos de un programa de economía de fichas

2.2.1. *Fichas*

El término «fichas» hace referencia a un reforzador generalizado de tipo material. Para su utilización es conveniente que sean atractivas, ligeras, fácilmente entregables, almacenables, manipulables, etc., de forma que la persona pueda estar en contacto con ellas desde que se le entregan hasta que las cambia por los reforzadores de apoyo. Los más frecuentemente utilizados han sido: fichas de plástico, estrellitas de papel, puntos en un cuaderno, cartulinas de colores, billetes, bonos... Lo fundamental es que estos reforzadores pueden canjearse, posteriormente, por los reforzadores de apoyo. También es determinante que las fichas sólo puedan ser entregadas y controladas por las personas implicadas en la aplicación del programa.

Bases de la economía de fichas

a) Es posible aplicar un reforzador generalizado de forma inmediata tras la emisión de la(s) conducta(s) deseada(s) sin interrumpirla.
b) Un reforzador generalizado material puede cambiarse por múltiples reforzadores, lo que hace que su potencial reforzante sea grande.
c) El reforzador (ficha) puede cuantificarse de forma que a más conducta, se emita más reforzador y viceversa.
d) Dado que cada persona puede cambiar el reforzador (ficha) por diferentes reforzadores de apoyo, se evita el problema de identificar reforzadores efectivos y de saciación del reforzador.
e) El reforzador (ficha) está en poder de la persona desde que emite la conducta adecuada hasta que se cambia por el reforzador de apoyo, funcionando como un «puente» temporal.
f) Existe la posibilidad de llevar un control cuantificado del número de conductas emitidas, los reforzadores ganados y la relación entre reforzadores y conductas.
g) Una EF permite estandarizar una unidad de funcionamiento, o un ambiente concreto, como un aula de clase, un hospital, una cárcel..., con costos reducidos y alta eficacia.
h) La EF, al permitir controlar la evolución de conductas y reforzadores, posibilita una reorganización constante de la intervención en función de la evolución de las conductas.

2.2.2. *Reforzadores de apoyo*

Hace referencia a los reforzadores por los que pueden cambiarse las fichas. Todo reforzador disponible podría servir como reforzador de apoyo, siendo conveniente que éstos sean numerosos y variados. Dado que cada persona puede escoger, de entre éstos, los que más le apetezcan, no es relevante constatar que todos sean efectivos y para todas las personas.

2.2.3. *Conductas*

Deben especificarse las conductas de forma precisa (sea topográfica o funcionalmente), señalándose las que son deseables y las que no lo son.

2.2.4. *Reglas que especifiquen*

a) Qué conductas ganan fichas y cuántas fichas gana cada conducta.
b) Qué conductas pierden fichas y cuántas pierde cada una (esta parte es opcional; se puede aplicar una EF sin que se pierdan fichas por conductas indeseables).
c) Por qué reforzadores se pueden cambiar las fichas y cuántas fichas cuesta cada reforzador.

2.3. Instalación de un programa de economía de fichas

Implica tres fases:

a) Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado.
b) Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas.
c) Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas.

2.3.1. *Fase de muestreo de la ficha*

El objetivo de esta fase es convertir a la ficha en un reforzador generalizado. Es lógico que el dinero funcione como un reforzador generalizado, pues a lo largo de nuestra vida lo hemos asociado con un montón de reforzadores. Pero por qué va a funcionar una ficha (un trozo de plástico o de papel), algo que no hemos visto con anterioridad, como reforzador generalizado. Hay que enseñar a las personas incluidas en el programa a dar valor a las fichas, hay que convertirlas en un reforzador generalizado. Para ello basta con asociarlas a reforzadores de apoyo remarcando su valor de intercambio. Según las personas a las que vaya dirigido el programa, así será el procedimiento. En algunos casos bastará con informar al respecto indicando el momento en que las fichas funcionan como reforzadores. Incluso en estos casos suele ser útil «muestrear la ficha». Es decir, dar alguna ficha «gratuita» (sin exigir ninguna conducta) y después cambiarla rápidamente por un reforzador de apoyo, remarcando el valor de intercambio *(Dado que pagas una ficha, tienes derecho a conseguir un bote de refresco. Por tu ficha puedes conseguir salir de paseo, o hablar por teléfono diez minutos).* En otros casos, por ejemplo con personas con limitaciones intelectuales (personas con retardo en el desarrollo, pacientes crónicos, niños peque-

Componentes de un sistema de economía de fichas

1.	Fichas.
2.	Reforzadores de apoyo.
3.	Reglas que especifiquen qué conductas ganan fichas y cuántas.
3b.	Reglas que especifiquen qué conductas pierden fichas y cuántas (opcional).
4.	Reglas que especifiquen cómo se pueden gastar las fichas.
5.	Procedimientos de inicio (probar fichas, asignarles valor, indicar cuándo se dan...).
6.	Instalación y mantenimiento: procedimiento de entrega de fichas, costo de reforzadores, evolución y cambio de reglas...
7.	Procedimientos para retirar el sistema de economía de fichas.

ños...), será necesario «muestrear la ficha». Es decir, durante un período de tiempo, pueden ser uno o dos días, se entregan varias veces fichas de forma gratuita y se cambian inmediatamente por reforzadores de apoyo. Durante esta fase es útil registrar las conductas a modificar para establecer la línea-base.

2.3.2. *Fase de establecimiento del programa de economía de fichas*

A partir de este momento sólo se entregarán las fichas de manera contingente con las conductas que se desee establecer o incrementar. Antes del comienzo «real» del programa, lo lógico es haber informado y comentado que se iba a iniciar éste y que se darían fichas por determinadas conductas con las cuales se podrían obtener distintos premios (reforzadores). No obstante, no es imprescindible informar de su puesta en marcha, pues los programas de reforzamiento funcionarán sea consciente de ello o no la persona, pero sin duda informar previamente ayuda en gran medida a que su eficacia sea más rápida. No tiene sentido, si queremos que alguien aprenda algo (en este caso a emitir determinadas conductas y no otras), que la persona no sepa qué debe aprender y qué no. Más aún, además de informar y de explicar el programa, es muy importante hacer publicidad de él. Bien poniendo carteles o avisos en distintas partes de acceso frecuente, bien entregando a las personas a las que se les va a aplicar una lista en la que se especifiquen las conductas que se espera que emitan y los reforzadores que pueden conseguir por ello. En poblaciones muy limitadas intelectualmente, dibujos descriptivos o fotografías ilustrativas pueden ayudar a identificar las conductas y los reforzadores.

2.3.2.1. Delimitar y definir las conductas a modificar

Describir con precisión las conductas que se desea que se emitan o se dejen de emitir. Puede hacerse una definición topográfica (forma de la conducta) o funcional (resultado que obtiene), pero en cualquier caso han de definirse de manera que no quepa error o interpretación. Por ejemplo, en un programa de EF para incrementar las conductas de higiene en pacientes crónicos con deterioro intelectual, se trató de instalar la conducta de *ventilar la habitación*, que se especificó de esta manera: *Girar hacia arriba la manivela de la ventana de la habitación. Tirar de la manivela hacia dentro hasta dejar la ventana entreabierta. Dejar pasar diez minutos o más con la ventana abierta.*

Se puede establecer un *criterio de ejecución* que indique cómo se va a evaluar si se ha realizado la conducta en cuestión. En el caso de la conducta de ventilar la habitación, el criterio de ejecución era: *Al revisar la habitación antes del desayuno, la ventana ha de estar abierta.*

Es importante no intentar modificar muchas conductas a la vez. En el caso de los pacientes crónicos a los que se hace referencia, en la primera fase se trató de instalar tres conductas: *ventilar la habitación, hacer la cama y recoger la ropa de la habitación*. Una vez implantadas éstas, se procedió a instalar otras tres: *lavarse la cara, peinarse y vestirse.* Después dos más: *lavarse las manos antes de comer y lavarse los dientes después de comer.*

2.3.2.2. Establecer las contingencias en fichas

Indicar el número de fichas que se obtendrá por la emisión de cada conducta. También se puede hacer que la emisión de determinadas conductas conlleve la pérdida de fichas, pero sin olvidar que es más fácil y seguro el control con premios. En muchos casos la EF sólo utiliza premios, sin castigos o costos de respuesta.

Al comienzo del programa es importante ganar muchos premios, de forma que las exigencias de conductas serán reducidas. Esto ayudará a que la persona tenga interés en participar en la EF, pues hacerlo tendrá más ventajas o reforzamiento que no hacerlo.

El valor de cada conducta en fichas no tiene por qué ser permanente a lo largo de todo el programa. De hecho, conforme se va a avanzado en el progra-

ma es lógico que cada vez sean necesario realizar más conductas para obtener las fichas. Como norma, en especial si se aplica a grupos, se debería revisar el número de fichas a ganar por las conductas cada semana o 15 días.

Puede trabajarse inicialmente con un programa de reforzamiento continuo (cada conducta gana fichas) para pasar posteriormente a programas de reforzamiento intermitente, a fin de asegurar una mayor resistencia a la extinción de las conductas. Finalmente las condiciones de entrega se irán aproximando a las condiciones del ambiente de la persona. Durante todo el proceso, es importante dar también reforzadores sociales, como la sonrisa, la atención y la aprobación social, a fin de que éstos adquieran asimismo valor como reforzadores generalizados.

En algunos casos se hace necesario reducir o eliminar alguna conducta. Para ello, además del premio por las conductas adecuadas, se puede usar procedimientos como *costo de respuesta* (retirar fichas) por emitir ciertas conductas. También puede usarse *tiempo fuera de ganar fichas* (en ese período no obtiene fichas aunque realice conductas adecuadas) o *tiempo fuera de intercambio de fichas* (sigue obteniendo fichas pero no puede cambiarlas por reforzadores).

2.3.2.3. Seleccionar e indicar los reforzadores de apoyo

Hace referencia a los reforzadores por los que se cambiarán las fichas ganadas. Es importante que haya un número elevado de éstos para que las personas implicadas en el programa puedan escoger aquellos que más les atraigan o refuercen. Pueden utilizarse todo tipo de reforzadores: objetos (un reloj o una gorra), consumibles (un cigarro, una cena especial...), actividades (pasear, ver la televisión) o privilegios (levantarse más tarde o disponer del coche familiar). Las personas implicadas en la EF deben saber siempre cuáles son esos reforzadores, pues en definitiva es por lo que van a trabajar. Se puede hacer una lista con ellos y entregarla, o publicarla en un sitio visible y accesible, o incluso mostrarlos en un escaparate. Dado que en última instancia será el propio sujeto el que decida qué reforzadores le resultan más interesantes para cambiar por fichas, no es necesario asegurarse de que todos los reforzadores funcionan como tal. Su elección o no por parte de los sujetos determinará su valía real.

2.3.2.4. Determinar el momento y lugar de entrega de fichas

Se señalará cuándo van a entregarse las fichas por la emisión de las conductas. En los momentos iniciales las fichas deben entregarse lo más próximo posible a las conductas; conforme avanza el programa, es posible, e incluso conveniente en muchos casos, ir demorando la entrega de las fichas a fin de que se vaya aprendiendo a soportar un cierto retardo en las contingencias. Respecto al lugar de entrega, lo mismo que el momento, inicialmente en un lugar próximo a la emisión de la conducta. Conforme avanza el programa, puede establecerse un lugar fijo para recoger las fichas ganadas durante el día (o el período de tiempo de demora establecido).

2.3.2.5. Establecer el valor de intercambio de las fichas por reforzadores

Es decir, establecer cuántas fichas costará cada reforzador. En los primeros momentos la fichas deben tener un alto valor de intercambio, de forma que por pocas fichas se obtenga mucho reforzamiento. Según avanza la EF se puede hacer que cada vez la obtención de reforzadores exija una mayor cantidad de conductas. No obstante, siempre ha de cuidarse que las personas obtengan reforzadores de apoyo en cantidades suficientes como para mantener la realización.

El valor inicial de intercambio de fichas por reforzadores puede establecerse en función tanto de los costos (valor material de los reforzadores) como del previsible interés de las personas implicadas en el programa. Es posible que esta primera vez haya cierto desequilibrio entre reforzadores, de forma que algunos sean *caros* y otros *baratos,* haciendo que unos se escojan y otros no. Este problema es pasajero; al cabo de cierto tiempo, la primera semana

puede bastar, se revisará el precio de cada reforzador, pudiendo subir el de los muy demandados y bajar el de los poco requeridos para que sus valores se adapten mejor a las disponibilidades del programa.

Otros problemas pueden ser que la persona acumule fichas y, durante un tiempo, no necesite llevar a cabo las conductas que se quieren instalar. Estrategias como «devaluar» las fichas o fijar fecha de caducidad para su uso pueden asegurar que no se dejarán de emitir las conductas. Si se retiran fichas (costo de respuesta) por emitir algunas conductas, es importante que no se produzca una situación de «deuda» en la que la persona deba trabajar para compensar ésta sin obtener refuerzos, pues no suelen hacerlo.

2.3.2.6. Momento y lugar del intercambio de fichas por reforzadores

Al inicio es mejor que el intercambio se lleve a cabo tan pronto como la persona lo desee, por lo que podría ser en cualquier momento y lugar. Según avanza el programa, es mejor que las fichas se cambien en un solo lugar y en períodos de tiempo fijos (una vez al día o una vez cada varios días).

2.3.2.7. Encargados de entregar fichas y de cambiarlas por reforzadores

Es conveniente que sean varias las personas encargadas de entregar las fichas, pues si es una sola puede convertirse en un estímulo discriminativo para la emisión de las conductas, de forma que éstas no se emitirán si no está presente. Respecto al intercambio, una vez superados los momentos iniciales en que se puede intercambiar en todo momento, no hay problema en que sea una sola persona la encargada de esta tarea.

2.3.2.8. Contingencias grupales e individuales

Lo lógico en una EF es que todas las personas implicadas ganen las mismas fichas por las mismas conductas. Se pueden establecer contingencias especiales para cada persona, o valores de cambio por reforzadores de apoyo diferentes, pero esto complicaría mucho el programa, e incluso podría generar conflictos por agravios comparativos. La individualización del programa más bien se basa en que cada persona puede escoger las conductas con las que ganar fichas y seleccionar los reforzadores de apoyo.

2.3.2.9. Registro de conductas, fichas y reforzadores obtenidos por cada persona

Este registro permite conocer el grado de realización de las conductas deseadas y confirmar que la EF está funcionando de forma correcta en cada persona. En caso contrario se pueden hacer modificaciones a fin de que la persona se implique de forma más adecuada.

Partes en la implantación de una economía de fichas

- — Delimitar y definir las conductas a modificar.
- — Establecer las contingencias en fichas para cada conducta.
- — Seleccionar e indicar los reforzadores finales a ganar con las fichas.
- — Determinar el momento y lugar de entrega de fichas.
- — Establecer y revisar periódicamente el valor de intercambio de las fichas por reforzadores.
- — Momento y lugar del intercambio de fichas por reforzadores.
- — Agentes del reforzamiento con fichas.
- — Sistemas de registro de la marcha del programa.

2.3.3. *Fase de desvanecimiento o finalización de la economía de fichas*

El objetivo final de una EF es que, una vez instaladas y consolidadas las conductas objetivo, se pongan bajo el control de las condiciones habituales del medio sin necesidad del control «artificial» que su-

ponen las fichas. La descontinuación de una EF no supone cesar o reducir de forma abrupta la entrega de fichas, pues supondría la extinción de las conductas. Hay que ir sustituyendo, de forma paulatina, las fichas por contingencias naturales del medio, en especial otros reforzadores generalizados (dinero, aprobación, alabanzas, otras prebendas...).

Diversas estrategias pueden servir también de ayuda para esta transición, como aumentar el tiempo entre la conducta y la entrega de fichas, o el tiempo para el intercambio de fichas por reforzadores, o las exigencias para obtener fichas, o el número de fichas para comprar los reforzadores de apoyo, habilidades de autorreforzamiento, etc., aunque es importante seguir insistiendo en el valor de las contingencias, en cómo las conductas adecuadas obtienen reforzamiento, sea a corto o a largo plazo (Sullivan y O'Leary, 1990; Woods, Higson y Tanahill, 1984).

En un trabajo anterior, Labrador et al. (1993) hacían referencia a un programa de EF consistente en diferentes fases a lo largo de las cuales pueden ir pasando las personas implicadas, desde un control muy estricto del medio y las conductas hasta un control cada vez más similar a las condiciones habituales del medio. Es un programa que ya se ha aplicado con éxito en centros para rehabilitación de jóvenes que han tenido problemas con la justicia (Redondo, Roca y Portero, 1985; Redondo et al., 1990). El sistema incluye cuatro fases secuenciales, a lo largo de las cuales se puede progresar:

1.ª fase: economía de fichas estricta. En esta fase inicial todas las conductas adecuadas reciben fichas, y por cada reforzador que se desee hay que pagar fichas. Se puede contemplar la retirada de fichas por conductas inadecuadas o incluso por no realizar las conductas. Una vez que, bajo estas contingencias, se ha alcanzado un nivel de realización (frecuencia adecuada de conductas), puede progresar al segundo nivel. Mientras que no lo logre, se mantendrá en éste.

2.ª fase: economía de fichas parcial. En este nivel, el control sigue siendo bastante estricto. La mayoría de las conductas adecuadas son recompensadas con fichas, y también debe pagar fichas por la mayoría de los reforzadores deseados. Sin embargo, ya algunas conductas, las más habituales, no reciben fichas, y también algunos reforzadores se consiguen de forma gratuita, sin pagar fichas, sólo por estar en esta fase. Una vez que se alcanza el criterio de realización establecido, se progresa al tercer nivel. Mientras que no lo haga, se mantendrá en éste. Si la realización está por debajo de determinado nivel, lo que supone que no emite un mínimo de conductas considerado necesario, volvería a la fase 1.

3.ª fase: tarjeta de crédito. Frente a la conexión una conducta una recompensa, se establece la conexión un conjunto de conductas un conjunto de recompensas. Las contingencias se hacen menos estrictas y en consecuencia artificiales. Ahora la mayoría de las conductas ya no obtienen fichas de forma contingente; asimismo, la mayoría de los reforzadores pueden conseguirse sin pagar fichas, sólo por estar en este nivel. Como en las fases anteriores, si supera un criterio de realización progresará a la fase siguiente; en caso contrario se mantendrá en ésta; si la realización está por debajo de cierto nivel, volverá a la fase 2.ª.

4.ª fase: tiempo compartido. Ahora la persona pasa parte del tiempo fuera de la institución, bien por vivir en un piso «protegido», bien por salir a trabajar o a realizar determinadas tareas en el medio habitual (o ambas cosas a la vez). Las conductas en la institución o en el piso protegido seguirían con un control similar al del nivel tercero y las conductas realizadas en el medio estarían bajo el control de los reforzadores habituales en ese medio: pagas por el trabajo realizado, aprobación y atención social por las conductas adecuadas... Alcanzado un determinado estándar de comportamiento, el sujeto podría ya pasar a integrarse de manera completa en el ambiente natural.

Un programa progresivo como éste, al evolucionar con experiencias cada vez más próximas a las de la vida ordinaria, facilita el paso del control artificial de la EF al control por las condiciones de la vida habitual.

Ventajas de la EF	Inconvenientes de la EF
— Control muy completo de contingencias de las conductas. — Eficacia y rapidez de efecto. — Pueden controlarse muchas conductas a la vez. — Puede controlarse a muchas personas a la vez. — Suele ser muy bien aceptado por las personas implicadas en él. — Individualización personalizada de un programa general.	— Necesidad de un control muy estricto del ambiente. — Costos y personal necesario para implantarlo y mantenerlo. — En ambientes institucionales, su aplicación a veces genera «suspicacias» del personal del centro. — Problemas para desvanecer el programa de EF manteniendo las conductas.

2.4. Campos de aplicación y revisión de resultados

Los campos de aplicación han sido muy variados. Kazdin (1985) señalaba, entre otros: salas de psiquiatría, instituciones y clases para personas con retardo, aulas escolares y universitarias, reformatorios e instituciones de reeducación de adolescentes, cárceles, ámbitos laborales, fuerzas armadas, centros de drogodependientes, problemas de pareja y de familia... Aunque inicialmente se ha utilizado en ámbitos institucionales, después se ha generalizado a muchos otros: ámbito escolar (Walter y Buckley, 1974), ámbito deportivo para motivar en los entrenamientos, ámbito penitenciario para reorganizar las conductas de los internos, residencias de ancianos; también se ha aplicado en diversos ámbitos comunitarios (vertido de basura, reciclaje de desperdicios, conservación de energía, uso de trasportes colectivos, etc.).

Para la revisión de los resultados de la EF, se remite a los excelentes trabajos de Gynns (1990), Kazdin (1982, 1983, 1985 y 1988) y Pino (2000).

2.5. Ejemplo de aplicación

Se presenta un programa de EF llevado a cabo en una residencia geriátrica.

Características de la residencia. Ubicada en pleno centro de una capital de provincia pequeña (70.000 habitantes). Era una residencia pública, cuya población al inicio estaba formada por 80 residentes: 48 mujeres y 32 hombres (mortandad a final del programa, diez personas). La edad media de los residentes era de 80 años, con un rango entre 57 y 97 años. De los residentes, doce ancianos presentaban minusvalías motoras. El personal laboral de la residencia lo constituían 58 trabajadores.

Necesidades detectadas. La principal necesidad, puesta de relieve por la directora, era conseguir la integración de los ancianos en la vida cotidiana de la ciudad. Es decir, que, dado que estaban en el centro de la ciudad, disfrutaran y aprovecharan los recursos y espacios de ésta. En el momento inicial la mayoría de los ancianos no salía prácticamente nunca de la residencia. Un segunda necesidad era conseguir una mejora en la comunicación, tanto de los ancianos entre sí como de éstos con el personal y viceversa. Por razones de espacio, sólo se expone el procedimiento para logar el primer objetivo.

Establecimiento objetivos. Se establecieron tres fases:

Fase a. Incremento número de salidas.
Fase b. Incremento en número y duración de salidas.
Fase c. Incremento del número de ancianos que salen juntos.

Conductas requeridas:

Fase a. Hacer salida(s) de la residencia de al menos 30 minutos de duración.

Fase b. Hacer salida(s) de la residencia de al menos 60, 90, 120... minutos de duración.

Fase c. Además de las condiciones de la fase b, había que salir y regresar a la residencia acompañado al menos de otro residente.

Entrega de fichas:

Semana	1.ª	2.ª-5.ª	6.ª-10.ª	11.ª-13.ª	14.ª-16.ª	17.ª
Fichas/tiempo	Una ficha/ 30 min.	Una ficha/ 60 min.	Una ficha/ 90 min.	Una ficha/ 120 min.	Una ficha/ 120 min.	No fichas
Límite fichas/día	Sin límite	Sin límite	Seis fichas/día	Cuatro fichas/día	Una ficha/mañana Una ficha/tarde	No fichas

Reforzadores y valor de intercambio:

— Fichas:

- Una ficha: cada vez que el anciano salía solo.
- Dos fichas: cada vez que un anciano salía al menos con otro.

— Diplomas: Se entregaban además dos diplomas cada semana: uno a cada anciano que hubiera aumentado sus salidas esa semana y otro al que más salidas hubiera hecho.

Reforzadores de apoyo y su valor en fichas:

Una ficha	Cinco fichas	Diez fichas	Veinte fichas	Cincuenta fichas
— Cartón bingo — Boleto rifa — Bolígrafo — Llavero	— Regalo sorpresa — Colonia — Monedero — Perfumador — Linterna	— Espejo de bolso — Billetera	— Camiseta — Elegir vídeo — Navaja — Bolsa aseo — Lote de regalos	— Reloj pulsera — Reloj mesa — Radio — Lote de regalos

Felicitamos a D/D.ª .... por su esfuerzo durante esta semana, consiguiendo ser el campeón en el número de salidas fuera de la residencia, demostrando así su espíritu joven y saludable.

En .... a .... de .... de 200......

Felicitamos a D/D.ª .... por haber conseguido aumentar, durante esta última semana y con gran esfuerzo por su parte, sus salidas fuera de la residencia, consiguiendo así una mayor participación en la vida social de la ciudad.

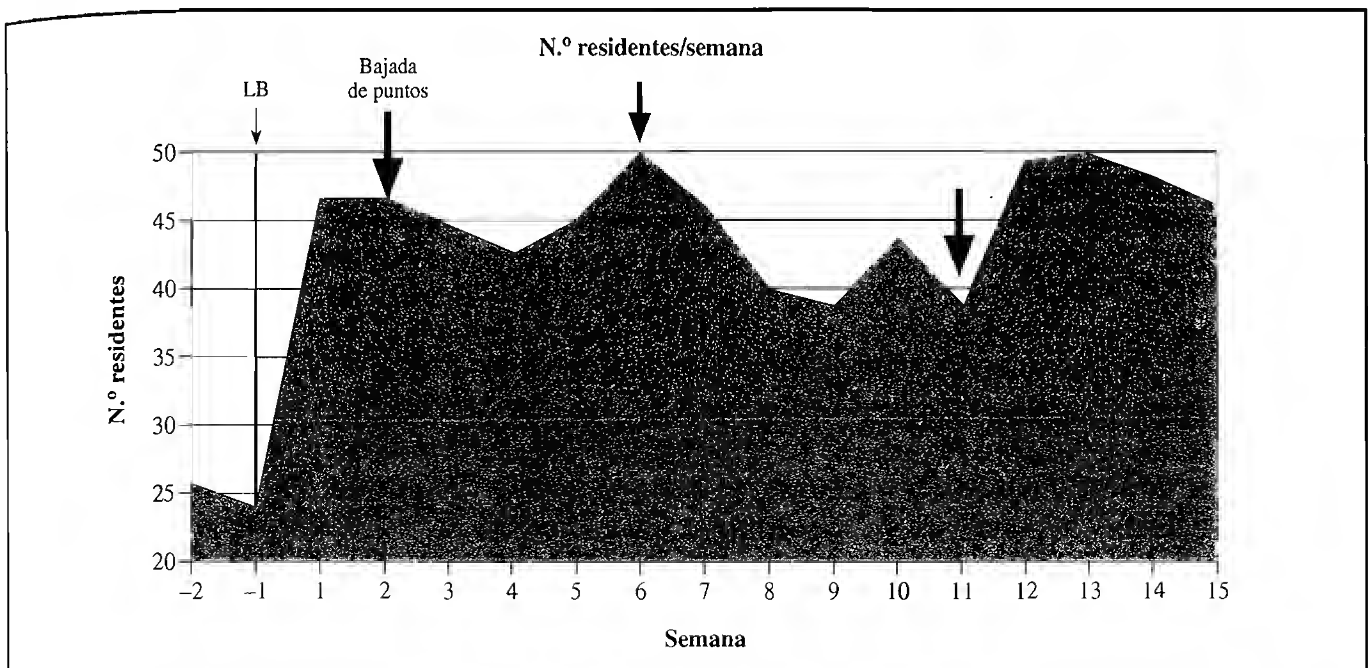
En .... a .... de .... de 200......

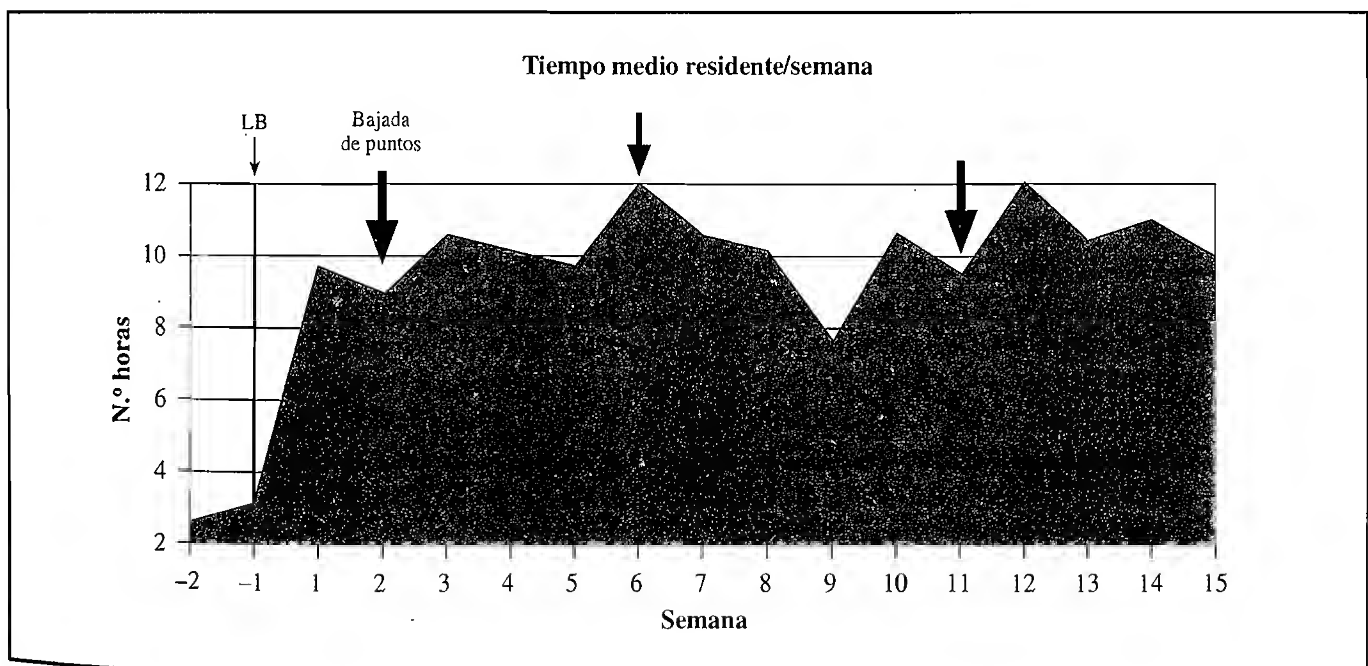
Procedimiento. Pasos seguidos en la aplicación del programa:

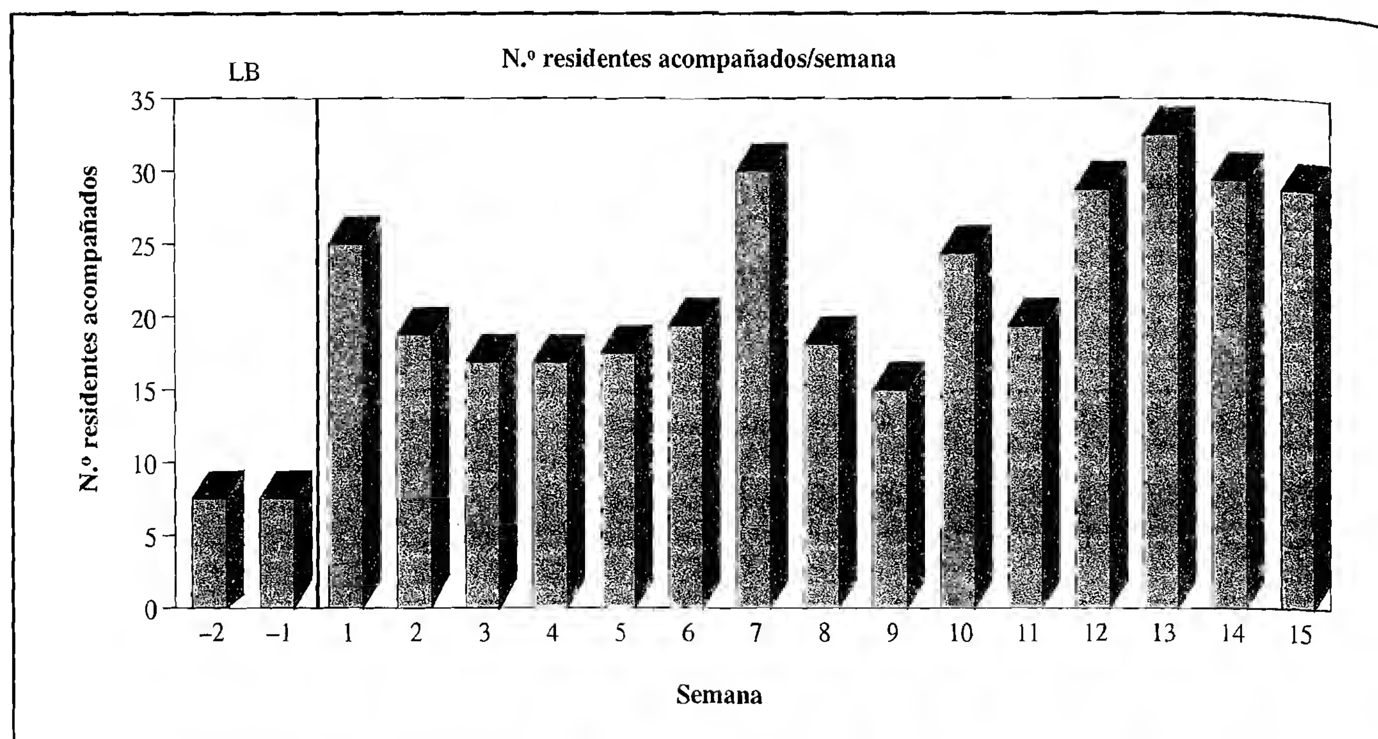
— Aprobación del programa por la dirección de la residencia.
— Explicación del programa a residentes y personal.
— Entrenamiento a personal de porterías y ordenanzas para: *a*) completar registros de salidas de residentes y *b*) entrega de fichas.

Intercambio de fichas por regalos. Inicialmente una vez al día. Después dos días a la semana. Finalmente, un día a la semana.

Resultados:







Consideraciones adicionales. El registro de entrada y salida de los residentes se llevó a cabo por los porteros del centro, que además, bajo supervisión de un psicólogo, daban las fichas a los ancianos al volver a la residencia. Esta colaboración también se recompensó con reforzadores.

El intercambio de fichas por regalos se llevó a cabo por los psicólogos. La mayoría de los regalos conseguidos con las fichas se obtuvieron de la publicidad de centros institucionales o privados, de forma que los costes fueron muy reducidos. No todos los residentes se implicaron en el programa, si bien la mayoría consideró que los efectos de éste fueron muy positivos. Al final, muchos ancianos destacaban la cantidad de recursos y atractivos nuevos que habían encontrado en la ciudad.

3. CONTRATOS CONDUCTUALES (CC)

3.1. Introducción

Un ***contrato conductual*** (CC) es un documento escrito en el que se especifican las conductas que una persona (o varias) está de acuerdo en realizar, y las consecuencias que obtendrá por realizarlas o no. Los CC suponen el establecimiento de un sistema de continencias reglado que permite controlar con precisión la emisión de las conductas objetivo. A diferencia de la economía de fichas, los CC no exigen un control tan exhaustivo del medio ambiente, ni la necesidad de implantar nuevos reforzadores generalizados (Houmanfar, Maglieri y Roman, 2003).

En realidad, la mayoría de las conductas que emiten las personas están reguladas por contratos, en especial las que implican interacción social. El barrendero acuerda realizar sus tareas a cambio de una paga a fin de mes, los alumnos estudian para obtener determinadas consecuencias a fin de curso, Castito llega a punto a la cita con Purita pues espera conseguir... Pero la mayoría de estos «contratos» no son explícitos, sino implícitos. Esto supone que a veces no quedan claras ni la conducta que se exige ni las consecuencia que seguirán por realizarla o no.

Por ejemplo, cuando una persona se casa con otra y se compromete (contrato) a amarla toda la

vida, seguro que lo hace plena de conciencia y aceptación, pero... ¿«Amarla toda la vida» implica que debe ser él quien baje la basura todos los días, el que haga la comida, el que vaya a llevarla y traerla del trabajo, el que se levante por la noche si lloran los niños?, ¿o que debe dejar de beber cerveza, de ir a las reuniones de amigotes, de ir al fútbol los domingos, de tener un coche deportivo, de...? No está claro, y tampoco lo está qué pasa si no lo hace o deja de hacerlo. En casos como éste, en los que no se especifican con precisión las conductas y sus consecuencias, la mayoría cuando los contratos son «implícitos», es probable que diversos factores, algunos de ellos imprevistos momentáneos, hagan que estas conductas no se lleven a cabo. Por ejemplo, Castito ha quedado con Purita a las 8 de la tarde, pero está viendo un documental sobre la filosofía de Plotino que le interesa mucho, aunque no acabará hasta las 8.15. ¿Qué puede pasar por llegar unos minutos tarde? Las consecuencias no están claras, pero el documental es atractivo, así que duda, aunque al final se queda a verlo y no llega puntual. Cuando llega, Purita ya no está, y cuando intenta llamarla, ella no le contesta. Si hubiera sabido que si no llegaba puntual Purita ya no volvería a darle otra cita, probablemente habría actuado de otra manera. Es decir, si hubieran estado claras las consecuencias, se habría facilitado una mejor organización de la conducta.

Esta falta de precisión en las conductas o en sus consecuencias supone una seria limitación a la hora de organizar el comportamiento, pues o bien no determina lo que hay que hacer, o bien las consecuencias que se conseguirán por hacerlo. Esto puede explicar por qué algunas personas emiten conductas poco adaptativas: estudiantes que no estudian, trabajadores que faltan al trabajo sin causa justificada, personas que insultan a su pareja, políticos que se benefician de información privilegiada...

Los CC tratan de solucionar este tipo de problemas estableciendo de forma precisa las conductas que han de realizarse y las consecuencias que las seguirán (Gelfand y Hartman, 1988; Kirschenbaum y Flanery, 1983; Obanion y Whaley, 1981; Houmnafar, Maglieri y Roman, 2003).

3.2. Elementos básicos de un contrato conductual

3.2.1. *Forma del contrato*

3.2.1.1. Negociado-no negociado

Aunque en un contrato pueden imponerse unas condiciones, en el CC esto no es admisible. Debe llegarse a un acuerdo entre las partes, pues si alguna parte no acepta las condiciones, por las razones que sea (no se ve capaz, le parecen desequilibradas...), es difícil que intente realizar las conductas exigidas.

3.2.1.2. Verbal o escrito

Aunque un contrato puede ser *verbal o escrito,* en el caso de los CC es importante que el contrato sea escrito y haya un documento que cada uno de los implicados pueda consultar en todo momento. El propio documento sirve de ayuda a la persona para recordar las conductas y condiciones que ha aceptado de forma voluntaria.

3.2.1.3. Individualizado-estándar

Ciertamente se pueden establecer y utilizar CC estándares. Por ejemplo, en nuestra unidad clínica todos los pacientes han de aceptar y firmar un contrato en el que se especifican las condiciones del tratamiento. Si no hay acuerdo, no se procede al tratamiento. No obstante, en la mayor parte de las intervenciones psicológicas los CC deberán ser individualizados para adecuarse a la realidad de cada caso y de las personas implicadas.

3.2.1.4. Público-privado

El CC puede ser público (se da a conocer a otras personas) o privado. Cualquiera de ellos puede valer. En algunos casos las personas preferirán que no se conozca, y habrá que respetar sus opiniones. Sin

embargo, un CC público tiene la ventaja de que, al ser conocido por más personas, facilita un mayor control social, y también compromete o controla más a las personas implicadas.

3.2.2. *Participantes en el contrato*

Según el número de personas implicadas en el CC, éste puede ser:

3.2.2.1. Unilateral (unipersonal o grupo)

Se consideran contratos unilaterales cuando el acuerdo sólo compromete a una persona. Por ejemplo, el paciente «acuerda» o firma un contrato con el terapeuta por el que se compromete a exponerse durante cierto tiempo. Castito se compromete (firma contrato) con su pareja a dejar de fumar a partir de las 4 de la tarde, recibiendo como recompensa poder salir con sus amigos a beber cerveza los miércoles. En general un contrato unilateral, sea de persona o grupo, puede ser útil, si bien son preferibles los contratos que impliquen a más personas.

3.2.2.2. De pareja

Cuando las conductas exigidas y las contingencias establecidas por ellas afectan a dos personas (padre e hija, marido y mujer, jefe-empleado...). En general son CC interesantes pues cada persona tiene a otra para ayudarla a controlar sus conductas. Es importante que la redacción del contrato no implique tal grado de reciprocidad que si uno no cumple el contrato el otro no tiene sentido que lo haga.

3.2.2.3. Múltiples

Implican a varias personas o grupos de personas, por ejemplo, un grupo de trabajadores y varios directivos, los padres e hijos, varios amigos... Cuantos más personas se impliquen en un CC, mayor será el número de agentes de control y mayor puede ser el control social sobre cada uno para que lleve a cabo las conductas estipuladas en él. En general son los más deseables, y las personas implicadas funcionan a la vez como controladores y fuente de reforzamiento.

3.2.3. *Conductas objetivo de cambio*

En realidad todo tipo de conducta puede incluirse en el contrato, con las meras limitaciones éticas de no afectar negativamente a otras personas o a uno mismo. El psicólogo debe actuar simplemente como mediador o intermediario, de forma que si los contratantes acuerdan la realización de conductas o contingencias extrañas, deberá trabajar con éstas. Puede hacer indicaciones técnicas sobre la conveniencia, oportunidad o forma de realizarlas, pero al final son los «contratantes» los que acuerdan las conductas (Hall y Hall, 1999).

3.3. Características básicas de los contratos conductuales

Un CC es, en definitiva, un documento que respalda un acuerdo entre personas. En consecuencia, tanto las conductas objetivo como las contingencias deben establecerse por acuerdo entre las distintas partes implicadas. Además, el CC debe plasmarse físicamente en un documento que deberán firmar las personas implicadas como forma de compromiso. Este documento ha de estar en todo momento a disposición de los implicados, para que puedan tener presentes las condiciones estipuladas y recordar el compromiso contraído. Un CC debe constar al menos de las siguientes partes:

1. La conducta o conductas que ha de realizar cada una de las personas implicadas. Pueden definirse de forma topográfica o funcional, pero con precisión y claridad, de forma que cada uno sepa exactamente qué conductas debe realizar y cuáles dejar de emitir.
2. La frecuencia (o duración) con que deben emitirse dichas conductas, así como el mo-

mento temporal en que deben emitirse o estar emitidas.

3. Las consecuencias que obtendrá por la emisión de cada conducta. Es importante que cada conducta tenga consecuencias específicas por cada vez que se emite, no consideraciones generales (frente a «si te levantas temprano podrás ver más la televisión», es mejor «cada 15 minutos antes de las 8 que te levantes, podrás ver 30 minutos la televisión ese día, hasta un máximo de 2.30 horas»).
4. Las consecuencias que se obtendrán por la no emisión de cada conducta especificada. También deben precisarse de forma específica para cada conducta.
5. Los criterios de acuerdo con los cuales se evaluará si se han realizado o no las conductas especificadas. Es decir, cómo van a ser observadas y medidas, así como el momento de la evaluación. (Por ejemplo, la conducta a realizar es «estudiar cada tarde hasta saberse la materia fijada para ese día, la forma de evaluarla, responder de forma acertada al menos a ocho de las diez preguntas que se hagan sobre la materia de cada día, a las 10 de la noche».)
6. Momento en que se obtendrán las consecuencias «ganancias» o «pérdidas».
7. Momento de inicio del contrato y duración de éste. Se ha de señalar también cuándo va a revisarse el contrato si es que está previsto hacerlo.

3.4. Consideraciones adicionales sobre los contratos conductuales

1. Como en todos los procedimientos operantes, los CC deben hacer hincapié en las consecuencias positivas frente a las aversivas. Es importante que en los primeros momentos cada persona implicada en el CC tenga ganancias importantes. Más aún, ha de poder lograr más ganancias que las que obtenía antes para que le resulte atractivo implicarse en él. Después se puede incrementar las exigencias para la obtención de contingencias positivas.
2. En los momentos iniciales las contingencias deben seguir de forma muy próxima a la realización de las conductas objetivo. Posteriormente puede irse introduciendo cierta demora en las contingencias para aproximarse más a las condiciones habituales del medio.
3. En los momentos iniciales el reforzamiento debe ser continuo; posteriormente se pueden aplicar programas de reforzamiento intermitentes.
4. Es útil incluir premios o contingencias adicionales si las personas implicadas exceden los requisitos mínimos del CC. De esta forma se premia diferencialmente llevar a cabo realizaciones superiores al mínimo, ganando proporcionalmente más recompensas.
5. Al inicio del CC los criterios para evaluar las realizaciones de las conductas serán menos

Características básicas de los contratos conductuales

— Acuerdo en conductas y contingencias entre partes.
— Debe plasmarse físicamente:

- Enunciado detallado (operativo) de las conductas a considerar.
- Criterios sobre frecuencias o duración de las conductas.
- Contingencias por la emisión de las conductas.
- Contingencias por la no emisión de las conductas.
- Especificar cómo y cuándo observar, medir y registrar la conducta.
- Momento en que se obtendrán la consecuencias.
- Momento de inicio y revisiones del contrato.

exigentes. Incluso si la persona tiene dificultades para realizar la conducta, se puede proceder a moldearla. Se debe intentar en los primeros momentos en especial maximizar las posibilidades de éxito del contrato para que las personas implicadas se animen a cumplirlo.

3.5. Ámbitos de aplicación de los contratos conductuales

Todas las áreas de la vida de las personas pueden y de hecho se regulan en un sentido amplio por contratos. De forma que hacer explícitas las condiciones en numerosas áreas puede ser muy útil. No obstante, se señalarán algunas áreas de especial utilidad.

La primera, sin duda, en el propio proceso de intervención psicológica. Un contrato que puede ser muy importante es el que se hace con los pacientes o clientes, ya en la propia fase inicial, para que se comprometa a registrar las conductas y demás datos necesarios para la evaluación. También es un instrumento útil para *animar* u *obligar* a los pacientes a realizar las tareas encomendadas para su vida cotidiana. Por otro lado, dentro de la intervención más específica, puede ser utilizado como instrumento para modificar directamente algunas de las conductas que se desea cambiar (número de cigarrillos consumidos, tiempo de exposición, tiempo de hablar con la pareja...).

Especialmente importante es el uso de los contratos para solucionar problemas en las relaciones interpersonales: padres-hijos, parejas, profesores-alumnos, grupos laborales... El uso de contratos en este tipo de problemas es una solución especialmente ágil y que puede abarcar múltiples conductas, y, no menos importante, precisar qué es lo que esperan unos y otros. Son si duda un tipo de CC especialmente utilizados en modificación de conducta.

En el ámbito de los problemas de pareja, el contrato suele ser una técnica central. A las ventajas de especificar las conductas reduciendo la ambigüedad de lo que se espera de cada uno, y de cambio de las contingencias del medio, se une el que suele implicar un incremento en el reforzamiento mutuo de los miembros de la pareja, lo que ayuda a mejorar cualquier relación interpersonal. El hecho de que ambos ganen más supone también un factor decisivo en que cada uno tenga interés por sí mismo en implicarse y que el contrato funcione. A veces algunas personas encuentran raro e incluso son reacias a «amarse por contrato». Conviene abordar este punto destacando que el reforzamiento es un privilegio que se debe ganar, no un derecho, y que las buenas relaciones se basan en un adecuado intercambio de refuerzos. De hecho una pareja se mantendrá unida si obtiene más recompensa estando juntos que separados. Para recibir hay que dar y viceversa. Además, un CC aumenta la libertad para las partes, pues cada uno sabe cómo puede ganar el reforzamiento que desea del otro (Dowd y Olson, 1985). Un problema frecuente son los intentos de imposición de alguna conducta por parte de uno de los miembros, que incluso trata de convencer al psicólogo para que apoye su *justa demanda.* La aclaración e insistencia en que un «contrato debe ser consensuado» y que es necesario llegar a acuerdos por parte de ambos es la tónica a seguir (Hall y Hall, 1999).

Otra área de especial uso es el de la aplicación de CC a niños. Aunque estos CC no son muy diferentes, pueden ser útiles las diez reglas básicas señaladas por Homme (1971).

1. *La conducta exigida debe ser sencilla,* fácil y expuesta de manera comprensible, y la recompensa debe ser inmediata. Cuanto más pequeño sea el niño, menor y menos simbólico debe ser el refuerzo.
2. *La conducta deseada no debe exigirse de manera inmediata,* sino dividirse en pequeñas partes y trabajar cada una de ellas. El CC se revisará periódicamente, aumentando progresivamente las exigencias en función de la evolución de la conducta del niño.
3. *Las recompensas deben ser frecuentes* aunque sean pequeñas. Además de para reforzar, deben servir para informar de lo adecuado de las conductas. Inicialmente es importante el refuerzo material, pudiendo pasarse progresivamente a refuerzos sociales.
4. *El contrato debe especificar conductas concretas,* no categorías vagas, de forma que

el éxito no dependa del juicio del adulto. Ha de haber criterios precisos que señalen, tanto a los padres como al niño, cuándo ha cumplido y cuándo no.

5. *Las recompensas siempre deben darse después* de que el niño haya emitido las conductas especificadas, nunca antes.
6. *El contrato debe ser razonable.* Es necesario que el niño acepte las condiciones. Esto suele implicar un cierto equilibrio entre la conducta exigida y las contingencias.
7. *Los términos del contrato deben estar claros*: qué debe hacerse y cuántas veces.
8. *El contrato debe ser honesto.* Una vez iniciado, debe mantenerse hasta su finalización o la revisión. No descontinuarlo antes.
9. *El contrato debe ser positivo.* Debe proveer importantes contingencias positivas para el niño, no basarse en retirar castigos.
10. Debe ser usado de manera sistemática y no sólo en ocasiones o períodos de tiempo aislados.

3.6. Ejemplo de contrato conductual

CONTRATO ENTRE

JAVIER C. L. y **SERGIO C.**
M.ª TERESA M.

Ambos de común acuerdo se comprometen a:

1. Javier tocará el violín al menos media hora (30 minutos) al día, todos los días de la semana menos los viernes. Avisará a un mayor (Sergio o Maite) cuando comienza a tocar el violín para que puedan apuntar la hora, y él también la apuntará. También avisará cuando lo deja. No puede dejar de tocar el violín más de un minuto seguido durante el tiempo estipulado para hacerlo.

Sergio y Maite se comprometen a darle **1 punto** cada día que toque **30 minutos seguidos y 2 puntos** cada día que toque **45 minutos seguidos.**
El día que Javier no toque (salvo los viernes) media hora seguida el violín, deberá dar a Sergio o a Maite **2 puntos.**

2. Javier se compromete a leer o estudiar durante media hora al día (todos los días menos el viernes) del libro o material fijado de común acuerdo con Sergio o Maite. Como en el caso anterior, debe señalar la hora que comienza y que termina para poder apuntarla. También puede, en lugar de leer o estudiar, trabajar durante una hora con el ordenador en un programa educativo: ADI, Creative Writer.

Sergio y Maite se comprometen a darle **1 punto** cada día que haga lo arriba indicado.
Javier se compromete a pagar **1 punto** el día que no lo haga.

La hora tope para haber realizado las tareas indicadas en ambos apartados 1 y 2 son las diez de la noche de cada día. Los puntos se le darán inmediatamente después de haber completado la tarea. Si a las diez de la noche no ha realizado una tarea, deberá pagar los puntos correspondientes por no hacerlo. Durante la realización de las tareas no puede discutir el tiempo que lleva realizando la tarea, sólo apuntarlo.

Los puntos puede cambiarlos por los premios que desee de la lista abajo incluida:

— Bolsa de bolones (3 €)		4 puntos
— Camiseta Nike		30 puntos
— Calcetines Nike		10 puntos
— Bolsa de canicas (1 €)		1 punto
— Zapatillas Nike:	hasta 36 €	45 puntos
	hasta 45 €	70 puntos
	hasta 60 €	100 puntos
— Juegos Play Station:	20 €	34 puntos
	36 €	45 puntos
	45 €	70 puntos
— Ver la televisión media hora por la noche (lunes, martes, miércoles y jueves)		1 punto

Cada día, antes de ir a la cama, deberá apuntar en los gráficos que se le han preparado los puntos que tiene.
Este contrato valdrá a partir del día 28 de abril. El 13 de mayo se revisará en una nueva reunión conjunta de ambas partes.

Madrid, 27 de febrero de 2004.

3.7. Consideraciones finales sobre los contratos

Los contratos conductuales son un técnica muy adecuada para organizar un gran número de conductas, en especial en adultos, en todos los ámbitos de la vida, no sólo el de la psicología clínica. Uno de los factores más decisivos es la precisión de las conductas que se desean. En muchos casos, como por ejemplo la mayoría de los problemas de pareja, parte de la dificultad proviene de que no hay una clara especificación de qué conductas debe llevar a cabo cada uno, o qué ha de esperar (contingencias) por llevarla a cabo. El mero hecho de precisar lo que debe hacer cada persona y las contingencias que tendrá por ello suelen constituir un paso realmente importante a la hora de solucionar el problema. Asimismo, el hecho de entender el concepto de «transacción», que para conseguir algo hay que «hacer» algo, es importante. Las personas dejan de esperar que las contingencias dependan de factores inespecíficos (amor, cariño) para entender lo que ya sabemos por el romancero: «Obras son amores y no buenas razones».

Por otro lado el CC es una técnica fácil de usar, y si está bien hecho no sólo conseguirá que las personas cambien sus conductas en la dirección deseada, sino también que estén muy motivadas y contentas por hacerlo. Ahora sus conductas pueden verse reforzadas por las contingencias, y las claves para ello están bien claras.

Ciertamente muchos de los contratos pueden mantenerse de por vida, sin implicar condiciones especiales o artificiales. De hecho no harán sino hacer «explícito» lo que estaba implícito («hasta que la muerte nos separe»). Pero en otros casos, una vez que se han modificado las conductas deseadas, puede ponerse fin al CC. Esto será tanto más importante cuanto más artificiales sean las consecuencias, pues el objetivo final es que la persona se adapte de forma completa a las condiciones habituales del medio. Como en todo programa operante, esta fase de desvanecimiento y retirada de las condiciones artificiales es muy importante, pues hay que evitar que al hacerlo se reduzcan o desaparezcan las conductas establecidas. Las indicaciones señaladas para desvanecer los programas de economía de fichas pueden ser útiles para el proceso de descontinuar los contratos conductuales. De todas formas, dado que el contrato supone habitualmente unas condiciones menos artificiales que la economía de fichas, suele ser más fácil ir cambiando contingencias artificiales por las naturales o habituales del medio.

Ventajas de los CC	Desventajas de los CC
— Reducción ambigüedad: conductas deseadas y consecuencias. — Cambio en las expectativas del paciente. — Refuerzo mutuo entre los implicados. — Mejora de las relaciones personales.	— Cómo introducir el CC al paciente. — Identificación (no me refuerza nada) y valor de los reforzadores (equivalencia, desacuerdo...). — Hacer ver la necesidad de acuerdo entre las partes. — Especificar las conductas de modo registrable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Ayllon, T. y Azrin, N. (1974). *Economía de fichas.* México: Trillas (original de 1968).

Es la obra de referencia, pues fue el primer libro sobre economía de fichas, y el que da el nombre a la técnica. Explica la aplicación de una EF realizada en un hospital mental. Es una obra especialmente clara, precisa y orientada a la práctica. En muchos casos recoge principios de aplicación que ilustra con ejemplos muy pertinentes. Incluye incluso una parte de consideraciones terapéuticas y administrativas (cap. 9) en la que se abordan los problemas más habituales y posibles soluciones.

Davwey, G. y Cullen, C. H. (1988). *Human operant conditioning and behavior modification.* Nueva York: John Wiley.

Es un libro básico centrado en las características específicas de la aplicación de las técnicas operantes a personas. Algunas partes son especialmente relevantes, como la de Perone et al. (cap. 5) sobre la relevancia de los principios operantes en humanos, o la de Kazdin (cap. 7), que realiza una revisión, diez años después, de su obra sobre EF, y analiza el estado de esta técnica.

Labrador, F. J., Larroy, C. y Cruzado, J. A. (1993). Sistemas de organización de contingencias: economía de fichas y contratos conductuales. En F. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conductas.* Madrid: Pirámide.

En el cap. 19 se expone con precisión y rigor la aplicación de estos procedimientos, de forma asequible a los profesionales y muy orientada a la práctica. Se incluyen numerosos ejemplos ilustrativos de la forma de proceder.

Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla.* Madrid: Pearson Educación.

Este libro recoge una extensa descripción de las técnicas operantes, incluyendo la explicación pormenorizada de la aplicación del procedimiento y numerosos ejemplos referidos no sólo a la clínica sino también a otros ámbitos en que estas técnicas son efectivas.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. A la hora de elaborar un contrato conductual se ha de tener en cuenta que:

   a) La entrega de los premios debe realizarse nada más emitir la conducta.
   b) El cliente debe saber cómo serán evaluadas las conductas incluidas en el contrato.
   c) Aunque pueden incluirse contingencias negativas en un CC, es mejor no hacerlo.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los contratos conductuales es errónea?

   a) Es mejor que al inicio se gane poco para que la persona se esfuerce más; luego se pueden incrementar los premios.

b) Todas las conductas y contingencias incluidas en un contrato deben ser acordadas por las partes, incluso en los contratos con niños.
c) Una vez puesto en marcha, no pueden modificarse las condiciones hasta la fecha fijada.

3. A la hora de aplicar una economía de fichas, se ha de tener en cuenta que:

a) Es mejor controlar a los niños pequeños con fichas que con premios.
b) Durante la aplicación del programa es conveniente que las fichas sólo sean entregadas por una persona, siempre la misma.
c) Al poder cambiarse las fichas por varios reforzadores evita tener que constatar si un reforzador concreto es eficaz o no para una persona.

4. Uno de los problemas importantes al desarrollar una economía de fichas es:

a) Identificar los reforzadores de apoyo que serán eficaces para cada uno de los sujetos a los que se aplica el programa.
b) El mantenimiento de las conductas instauradas una vez retirado el programa.
c) Que sólo puede aplicarse en ambientes cerrados (cárceles, hospitales, etc.).

5. A la hora de aplicar una economía de fichas en una residencia para personas con retardo mental, hay que hacer que las fichas adquieran su valor como reforzadores. Para ello, los primeros días, hay que:

a) Darles varias fichas, con independencia de sus conductas, y cambiárselas inmediatamente por reforzadores de apoyo.
b) Darles las fichas sólo tras la emisión de las conductas que se quiere desarrollar, y cambiárselas inmediatamente por reforzadores de apoyo.
c) Cambiarles las fichas por reforzadores de apoyo relativamente débiles para no producir saciación.

6. Al aplicar una economía de ficha en una residencia de personas con retardo en el desarrollo, es importante que:

a) Sólo sea una persona la que entregue las fichas por la realización de las conductas.
b) En cada ambiente sea una sola la persona encargada de entregar fichas.
c) Cuantas más personas puedan entregar las fichas, mejor.

7. A la hora de elaborar un contrato conductual se ha de tener en cuenta que:

a) La entrega de los premios debe posponerse hasta la finalización del contrato.
b) El cliente no debe saber cómo serán evaluadas las conductas incluidas en el contrato para que no falsee los datos.
c) Aunque son más importantes las contingencias positivas por realizar las conductas, pueden incluirse contingencias negativas por no realizarlas.

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los contratos conductuales es errónea?

a) Es mejor y más seguro, en general, establecer contratos unilaterales que multilaterales.
b) Una vez puesto en marcha, no pueden modificarse las condiciones hasta la fecha fijada.
c) Da igual que la descripción de las conductas incluidas sea topográfica o funcional.

9. Cuando se utilizan contratos conductuales, es necesario que:

a) Al principio el cliente obtenga altas tasas de reforzamiento.

b) La tasa de reforzamiento sea al principio baja y aumente de forma paralela a la mejora de la conducta del cliente.
c) Al principio no sea fácil superar los criterios para obtener el reforzamiento.

10. Una de las ventajas de los contratos conductuales cuando se aplican a una pareja que está viviendo junta es que:

a) Cada uno puede imponer al otro la realización de alguna conducta que le resulte especialmente interesante.
b) Si uno no cumple una conducta especificada en el contrato, el otro puede obtener beneficios por ello.
c) Pueden precisarse las conductas específicas que cada uno debe cumplimentar y así pueden saber con precisión qué conductas deben emitir y cuáles no.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	a	c	b	a	c	c	a	a	c

Técnicas aversivas 14

JOSÉ CÁCERES CARRASCO

1. INTRODUCCIÓN

Aparentemente las técnicas aversivas «no están de moda hoy»: mientras que otras técnicas siguen generando un gran número de investigaciones, cuyos resultados se reflejan en un número de publicaciones en alza en revistas especializadas, por lo que a las técnicas aversivas se refiere, en el período comprendido entre el año 2000 y 2008 apenas hemos encontrado un puñado de referencias (para ser precisos en *Medline* aparecen 95, y la mayoría de ellas referidas a aplicaciones concretas, pero ninguna relacionada con modelos teóricos o modificaciones de los procedimientos de la técnica).

Frente a esta sequía académico-científica, hay otra serie de datos que llaman nuestra atención:

a) Los gobernantes se ven en la necesidad de regular mediante decreto el uso del «cachete» como pauta educativa (antecedente perverso de las técnicas aversivas en tanto en cuanto no cuenta con la colaboración del propio sujeto y porque suelen ser más reflejo del estado emocional del administrador del castigo que no de la bondad de la conducta emitida por el sujeto) —seguro que no precisamente por su baja frecuencia de uso...[1].

b) Los medios de comunicación nos bombardean con anuncios publicitarios de agencias estatales (por ejemplo, Dirección General de Tráfico) en los que, por ejemplo, se asocia el NO uso del cinturón de seguridad, la velocidad, la conducción, con dramáticas escenas de accidentes y sus consecuencias, que nos narra una voz en «off» («no quedar; no sentir; no ver; no abrazar; no bailar; no disfrutar; no reír; no triunfar»).

Posiblemente todo esto quiera decir que las contradicciones que señalábamos hace unos años Cáceres (1984), a saber, lo generalizado del uso de técnicas aversivas, a nivel sociocultural, la manifestación de oposición de determinados sectores en la comunidad y las reticencias en la admisión de trabajos sobre el tema para su publicación, no sólo siguen presentes, sino que parecen haber aumentado; en definitiva, una cosa es lo que se hace y otra lo que se dice que se hace...

Foxx, Plaska y Bittle (1986) intentaban explicar la ausencia de programas aversivos y de investigaciones aplicadas en este campo, en el momento presente, en base a la reacción adversa del público y de otros profesionales ante el uso de procedimientos de castigo, la naturaleza de los estímulos aversivos empleados, la preocupación por aspectos relacionados

[1] Estamos absolutamente de acuerdo con la retirada de tal medida, pues sabemos que este tipo de castigo, aun siendo efectivo en la modificación del comportamiento, tiene importantes «efectos secundarios» tales como generar escalada y resentimiento y terminar por crear personas agresivas.

con cuestiones de tipo legal y éticos, la seguridad de los sujetos que se someten a este tipo de tratamiento y el potencial que existe para posibles abusos en este campo.

Nosotros compartimos esta argumentación y coincidimos con Foxx, Plaska et al. (1986) y Foxx, Mcmorrow, Bittle y Bechtel (1986) en que, a pesar de todo, las razones anteriormente aducidas para no desarrollar un programa aversivo con algunos clientes pueden verse contrarrestadas por toda otra serie de razones más importantes tanto de tipo clínico como ético. A saber:

a) Cuando el comportamiento desadaptativo del paciente es tan serio que puede llegar a causarse daños a sí mismo o a terceros o, incluso, llegar a producirse la pérdida de vidas (algunos casos de autopunición, agresión...).

b) La naturaleza del comportamiento desadaptativo es tan extrema y duradera, que se ha producido durante años y se ha resistido a desaparecer ante otro tipo de programas remediales.

c) Cuando alguno de estos pacientes termina por no recibir ningún tipo de atención para desarrollar comportamientos positivos que le den acceso a reforzadores posteriores (competencia social, actividades recreativas y de resocialización...), dada la extrema gravedad y desajuste de sus actuaciones.

d) Cuando se desarrollan programas preventivos, custodiales o recluimiento absoluto para evitar la aparición o recaída del comportamiento desadaptativo en los que se recurre a la fuerza física (aislamiento custodial, limitación química a largo plazo mediante largas dosis de tranquilizantes mayores, necesidad de personal custodial...).

2. BASES TEÓRICAS

Básicamente, las terapias aversivas intentan asociar un patrón de reacción comportamental no deseado y socialmente sancionado con una estimulación desagradable, externa o interna, o reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean lo suficientemente desagradables para el emisor con el fin de que deje de ejecutarlo. En ambos casos se espera que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y la reacción aversiva.

Los modelos propuestos para explicar el desarrollo de las reacciones aversivas podrían resumirse como sigue.

2.1. Condicionamiento clásico

Esta teoría, que fue la primera en ser propuesta a la hora de explicar el funcionamiento de las técnicas aversivas, es todavía ampliamente aceptada para algunas de sus aplicaciones. Según ella, se asume que la asociación de algunos de los elementos constitutivos de la constelación estimular componente del comportamiento a eliminar (estímulo condicionado) con el estímulo nocivo preseleccionado (estímulo incondicionado) hará que el EC provoque una respuesta condicionada de aversión. Esta constelación estimular así investida, al provocar tales respuestas condicionadas, facilitará la evitación o el escape de toda constelación estimular de las que forme parte.

Los proponentes de este modelo insisten en que en el procedimiento terapéutico se satisfagan requerimientos derivados del estudio de este tipo de fenómenos en el laboratorio (número de ensayos, duración de éstos, tiempo interestímulo, intensidad estimular...). Se explica que estos mecanismos producirían sus resultados, bien a través de cambios en las *respuestas del sujeto,* bien a través de cambios en cuanto a la *función estimular* desempeñada por los estímulos utilizados, bien por cambios producidos en el estado del individuo.

2.2. Condicionamiento operante

Dado que en la práctica de las terapias aversivas el estímulo aversivo no siempre va sólo apareado con los estímulos elicitadores del comportamiento

desviado, sino que, en ocasiones, se presenta también ante respuestas emitidas por el sujeto a tales estímulos, se introducen paradigmas de condicionamiento operante.

En la mayoría de los programas de tratamiento diseñados, ambos paradigmas coexisten. Algunos autores, sin embargo, han tenido especial cuidado en diseñar sus procedimientos terapéuticos adoptando paradigmas de aprendizaje de evitación o castigo.

2.3. Aprendizaje de evitación

Razones tanto teóricas como clínicas llevaron a Feldman (1965) y Feldman y McCulloch (1971) a proponer un modelo de aprendizaje de evitación y a ajustar su método de tratamiento a tal modelo.

Según estos procedimientos, elegidos los estímulos condicionados e incondicionados (especialmente si éstos son descargas eléctricas), van presentando los EC, generalmente en forma de diapositivas, instruyendo al sujeto para que haga permanecer en la pantalla tal estímulo todo el tiempo que siga considerándolo atractivo. Se le informa, a la vez, de que puede recibir una descarga eléctrica durante tal período, pero que tiene, asimismo, control para hacer que la diapositiva desaparezca y mediante este procedimiento eliminar la posibilidad de la descarga eléctrica. Así, si cambia la diapositiva en los primeros ocho segundos de la presentación, evita con ello la descarga. Si, por otra parte, continúa contemplando la diapositiva más de ese período de tiempo, recibe una descarga eléctrica.

2.4. Castigo

Gran parte de los terapeutas que han utilizado las terapias aversivas, sobre todo cuando el estímulo incondicionado es eléctrico, han seguido un paradigma de castigo.

A nivel experimental, Church (1963) ha explicado los efectos de los paradigmas de castigo y las circunstancias en las que tales efectos pueden maximizarse.

2.5. Teorías centrales

Además de las teorías descritas en los párrafos anteriores, se han descrito diversas «teorías centrales» como base del funcionamiento de las terapias aversivas. Entre estas teorías centrales se incluyen:

2.5.1. *Cambios actitudinales*

Las terapias aversivas producirían cambios de actitud en el sujeto que mediatizarían sus cambios conductuales.

2.5.2. *Disonancia cognitiva*

Las teorías de disonancia cognitiva presentan al individuo como un procesador activo de la información, que analiza y modifica una gran multitud de elementos cognitivos en un intento de conseguir una cierta «coherencia cognitiva», y se han utilizado también para explicar el éxito de las terapias aversivas.

2.5.3. *Ensayos cognitivos*

Para explicar la generalización de la respuesta aversiva condicionada de la situación clínica a la vida cotidiana, se han aducido dos posibles formas de funcionamiento:

a) La hipótesis de incubación del miedo de Eysenck (1968).
b) La de ensayos cognitivos de Bandura (1969).

Ambas se diferencian fundamentalmente por el papel atribuido al control voluntario (autocontrol) o su falta (funcionamiento automático) en este proceso de generalización. En ambos casos, la confrontación en la vida real con el estímulo condicionado, o la imaginación de la secuencia de EC-EI, serviría para fortalecer la asociación entre el EC y la respuesta aversiva.

2.6. Teoría del estado

Hallam (1972) y Hallam, Rachman y Falkowski (1972), tras revisar los diversos modelos teóricos aducidos para explicar el funcionamiento de las terapias aversivas, y en un intento de integrar los resultados obtenidos en su propio laboratorio, proponen su «teoría del estado» como base del funcionamiento de las terapias aversivas. Ésta se basa, fundamentalmente, en el cambio producido en el grado general de responsividad de un individuo y no tanto en los cambios en cuanto a las conexiones específicas entre estímulos y respuestas.

Un resumen de la teoría es como sigue:

a) Durante períodos de alta emocionalidad o sensibilización, el comportamiento a eliminar es suprimido.
b) Tal sensibilización puede inducirse mediante aversión eléctrica u otros medios conductuales o a través de una amplia gama de acontecimientos clínicos específicos o acontecimientos no clínicos (detenciones, drogas, presión familiar...).
c) Los efectos de tal sensibilización van disminuyendo con el tiempo.
d) Aunque procedimientos basados en paradigmas de castigo contingentes a la respuesta no sean un requisito especial, su utilización facilitará la supresión de la conducta desviada.
e) Si durante los períodos de sensibilización el comportamiento a eliminar es suprimido de forma adecuada, dos factores ayudarán a mantener este cambio:

   1. El desarrollo de un comportamiento reforzante alternativo.
   2. El refuerzo obtenido derivado del éxito de suprimir el comportamiento desviado en sí.

2.7. Conclusión

Cabe apuntar, pues, que los procesos subyacentes aducidos a la hora de explicar la eficacia de las terapias aversivas son múltiples, y que nos siguen faltando datos para poder delinear, de forma definitiva, un modelo que pueda explicar y acomodar todos los elementos derivados de la situación clínica y de laboratorio.

Es muy posible que varios de los paradigmas revisados no sean incompatibles entre sí, sino que se complementen mutuamente y que la naturaleza del problema sea la que determine que hayamos de insistir en un paradigma u otro. Así, es muy posible que aquellos comportamientos desviados en los que desempeñe un papel específico el poder atractivo estimular (por ejemplo, atracción sexual) hayan de recibir un tratamiento diferente de aquellos cuya perpetuación sea debida, fundamentalmente, a los efectos de una manera determinada de comportarse o de una reacción fisiológica dada (por ejemplo, efectos del alcohol y drogas).

3. PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos básicos empleados en las técnicas aversivas pueden diferenciarse entre sí según tres criterios fundamentales:

a) Los estímulos condicionados e incondicionados.
b) La forma de presentación de estos estímulos.
c) El paradigma teórico en que se basa.

3.1. Diferencias en cuanto a estímulos condicionados e incondicionados

Una de las primeras preguntas que se debe plantear el clínico que empieza a preparar un programa aversivo ha de ser qué estímulos aversivos va a utilizar y a qué partes o secuencias o qué componentes de la constelación estimular desviada se van a asociar.

3.1.1. *Estímulos aversivos (estímulos incondicionados)*

Aunque en los primeros tiempos las principales modalidades de estímulos aversivos utilizadas fue-

ron de tipo eléctrico o químico, posteriormente el clínico parece haber actuado como si el arsenal de posibles estímulos susceptibles de ser empleados como aversivos pudiera ser muy amplio o incluso pudiera extenderse a todas las modalidades sensoriales (gustativos, olfativos, «de vergüenza»...). Sin embargo, no tendría que sorprendernos que la «presión evolutiva de las especies» hubiera producido un sistema nervioso central en los mamíferos, especialmente eficiente («con gran preparación biológica») para producir asociaciones aversivas en aquellas modalidades sensoriales susceptibles de generar situaciones más amenazantes para la vida del individuo (por ejemplo, la aversión del gusto), y que no todos los sentidos fuesen igualmente eficaces en esta dirección.

Antes de empezar a repasar procedimientos y variaciones que ha empleado cada una de estas modalidades aversivas, quizá convenga que nos detengamos en repasar algunas de las características generales que serían conveniente que reuniese el estímulo aversivo.

Algunas de estas características son:

a) Deberían ser seguros y, desde luego, no poner en peligro la integridad física del sujeto y no provocar efectos secundarios no deseados.
b) Deberían ser eficaces. Esta eficacia no debería asumirse, sino, a ser posible, probarse.
c) Debería tratarse de estímulos realistas y deberíamos utilizar criterios de practicidad, entendiendo por ello que son estímulos fáciles de provocarse en la realidad y fáciles de utilizarse también tanto en la consulta como en la vida cotidiana del usuario.
d) Relevancia: a ser posible, debería existir una cierta relevancia y pertinencia entre el contexto estimular condicionado y los estímulos aversivos utilizados.
e) Que posibiliten la generalización de resultados.

Realizadas estas aclaraciones, describiremos a continuación procedimientos aversivos según las principales modalidades sensoriales, utilizando como referencia alguno de los trabajos publicados por clínicos relevantes, invitando al lector a que acuda a la bibliografía reseñada caso de querer ampliar detalles.

3.1.1.1. Aversión eléctrica

Estas técnicas, muy poco empleadas hoy en día, sí lo fueron, en su día, en:

a) *Conductas agresivas*

Foxx, McMorrow et al. (1986) describen el desarrollo de un programa que incluía la utilización de descargas eléctricas contingentes en el tratamiento con éxito del comportamiento agresivo de un hombre sordo. El comportamiento a eliminar fue subdividido en tres subcategorías: tirones de pelo, otras agresiones a terceros y destrucción de la propiedad.

Son de destacar y dignos de alabar las precauciones y el cuidado seguidos por los investigadores a la hora de elaborar un documento para obtener el consentimiento informado por parte de los familiares-responsables de Jack, documento en el que se describe de manera detallada el programa, incluyendo toda una serie de aspectos éticos, legales y clínicos.

b) *Orientación del impulso sexual*

La estimulación eléctrica ha sido también ampliamente utilizada en el pasado como parte integrante de programas destinados a reorientar el impulso sexual, aun cuando, hoy en día, este uso tenga muchos detractores. Quizá antes de continuar este apartado sea preciso señalar una serie de consideraciones:

1. El autor de este capítulo está convencido, y así constata en su práctica clínica cotidiana, de que el principal tratamiento que se puede y debe ofrecer a las personas homosexuales que acuden a una consulta por causa

de dificultades asociadas a su orientación sexual ha de ser el entrenamiento asertivo y reafirmativo, para ayudar al individuo a adaptarse y manejar problemas derivados de su orientación sexual. Pero si el paciente, tras un análisis completo de su situación y sus motivaciones, tras haber revisado detalladamente las diversas opciones que tiene disponibles, libremente eligiese trabajar para intentar modificar la orientación de su impulso sexual, por un sentido de la responsabilidad, que no por ningún tipo de creencia de que la orientación homosexual constituya desviación alguna, colaboraría con su deseo. En esta forma de pensar responsable no estamos solos.

2. La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Associattion) eliminó la homosexualidad como un trastorno mental per se en 1973 en la segunda edición del *Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders.* Mantuvo la subcategoría de homosexualidad egodistónica como trastorno para aquellos individuos que sufren por su orientación homosexual, aunque la eliminó, finalmente, en 1987. No todos los profesionales de salud mental estuvieron de acuerdo con esta eliminación (como Nicolosi, Byrd y Potts [2000]), pero hoy en día sólo una pequeña minoría de clínicos continúa considerando la homosexualidad una patología. Dado que gays y lesbianas, lo mismo que heterosexuales, pueden acudir a consulta por un gran número de motivos, ha aparecido hace tiempo la revista *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy.*

Siguen algunos ejemplos ilustrativos de los procedimientos seguidos en el pasado.

Feldman y McCulloch (1971) han descrito detalladamente programas de aprendizaje de evitación anticipatoria siguiendo paradigmas estrictos de condicionamiento clásico.

Para el mejor cumplimiento de tales programas, diseñaron un sistema de terapia aversiva automatizada (Sambrooks y Mcculloch, 1973) en el que utilizan un equipo aversivo programable y automatizado, relativamente complejo y especialmente diseñado para personalizar el tratamiento aversivo al caso presente, dada la flexibilidad de los aparatos, dotados de un lector fotoeléctrico para leer programas diseñados para el caso individual.

En este aparato al sujeto se le animaba a que hiciese aparecer los EC1 y mantenerlos en pantalla mientras los seguía encontrando atractivos, aun corriendo el riesgo de recibir una descarga eléctrica, emitir las RC1, con las cuales evitaba o terminaba (escapaba) el EI, emitir las RC2, con las cuales hacía desaparecer el EC1 y el EI, a la vez que asociaba con el alivio de la desaparición del EI aquellos estímulos que pretendían investirse con un mayor potencial erótico —los estímulos femeninos—. El aparato permitía la medición computarizada de todos los parámetros temporales para evaluar el atractivo —las latencias de evitación— en cada una de las sesiones de entrenamiento.

3.1.1.2. Aversión olfativa

La utilización de olores desagradables en terapias aversivas se basa en la ya expuesta línea de razonamiento de la esperanza de que las cualidades atractivas-apetitivas de los estímulos condicionados se vean sustituidas o disminuidas, con el paso del tiempo, por, o mediante, la repugnancia provocada por aquéllos.

Son varios los autores que han especulado con que tales olores podrían ser estímulos incondicionados especialmente eficaces en la terapia aversiva de la obesidad (Rachman y Teasdale, 1969).

La lógica de sus razonamientos estriba en que este tipo de conductas apetitivas, que se encuentra parcialmente bajo el control de señales olfativas y gustatorias, deberían ser contrarrestadas a través de las mismas modalidades sensoriales. A pesar de lo lógico de este razonamiento, en la práctica son muy pocos los ejemplos que han utilizado los olores en el tratamiento de la obesidad.

Frothwith (1978) describe un programa de tratamiento aversivo para la obesidad empleando como estímulos incondicionados estímulos olfativos. Los

sujetos, en grupos de dos a cinco personas, asistían a consulta dos veces por semana durante diez semanas. En una mesa situada enfrente de cada sujeto se colocaba su alimento predilecto (entre los que se encontraban las patatas fritas, refrescos, etc.). Tras animar al sujeto a fantasear sobre la degustación de tal alimento (en las dos últimas sesiones se les animaba también a probarlo en la realidad) y aspirar su olor característico, se orientaba la salida de la máquina dispensadora de malos olores a la nariz del sujeto haciéndole inhalar su maloliente producto.

3.1.1.3. Aversión gustativa

La **aversión química** representa uno de los ejemplos más típicos dentro de la aversión del gusto.

En los procedimientos que utilizan aversión química se espera que un determinado producto químico administrado produzca una reacción subsiguiente desagradable que coincida con la aparición de algún aspecto relacionado con el comportamiento a eliminar.

En el caso del alcoholismo, por ejemplo, se suele asociar algún aspecto del consumo de alcohol con drogas aversivas, de tal manera que se reduzca la consiguiente preferencia por el etanol. Ello se consigue a veces a través de fármacos que producen un nivel tóxico de acetaldehído en el paciente, un metabolito normal del etanol, a veces mediante la utilización de eméticos (fármacos que producen náuseas y vómitos) como la apomorfina, la emetina, el litio...

En este mismo apartado debería considerarse la utilización que nosotros (Cáceres, 1978) hemos hecho en el tratamiento del alcoholismo mediante el antabuse (disulfiram). Tras conseguir un nivel de concentración de disulfiram en la sangre del paciente, y tras explicarle el procedimiento, para reforzar la imagen aversiva de este producto realizábamos, de manera controlada, en la misma clínica, una prueba de sus efectos aversivos al producirse la ingestión de alcohol, para lo que procurábamos dosis controladas de whisky al sujeto, mientras se hallaba bajo cuidado médico, y en una situación de tranquilidad se le animaba a analizar las reacciones fisiológicas aversivas que iban apareciendo gradualmente (taquicardia, enrojecimiento general, dificultad en la respiración, caída de la tensión arterial, mareos, etc.). Esta reacción era abortada, mediante los medios farmacológicos pertinentes, si llegaba a alcanzar un determinado nivel de gravedad.

Estudios clásicos que han utilizado este tipo de procedimientos aversivos en el tratamiento del alcoholismo son los de Voegtlin, Lemere, Broz y O'Hollaren (1942).

Otro ejemplo de programas que han utilizado el gusto, aunque en el procedimiento no sólo es este sentido el implicado, son los programas de fumar rápido utilizados en el tratamiento del tabaquismo.

Estos procedimientos se suelen desarrollar en grupo. Tras cinco minutos de «saciación gustativa» (conseguida haciendo que el sujeto encienda un cigarrillo de su marca favorita y que, tras dar una fuerte «calada», mantenga el humo en la boca durante 30 segundos, focalizando su atención, mientras respira por la nariz, en las sensaciones desagradables provocadas por el humo tanto en la boca como en la garganta), se sigue un período de «fumar focalizado» (en el que se le pide que fume según su forma habitual, mientras focaliza su atención en las mismas sensaciones que se le sugirieron en el procedimiento anterior, a la vez que se limita la inhalación pulmonar del humo a cinco veces por pitillo).

3.1.1.4. Bloqueo facial *(facial screening)*

Este procedimiento, que implica colocar una cubierta de paño sobre la cara del sujeto durante un período breve de tiempo contingente con la ocurrencia del comportamiento objetivo diana a eliminar, no es doloroso y puede ser administrado con facilidad por personas allegadas al paciente. Barmann (1982) utilizó este procedimiento para eliminar problemas de tricotilomanía (arrancarse el pelo) en sujetos disminuidos, sugiriendo que la efectividad de este tipo de procedimiento podría deberse, por una parte, al efecto del castigo y por otra a lo que ellos llaman «extinción sensorial». Dado que a los niños de este estudio les gustaba, tras arrancarse el pelo,

mirarlo y jugar con él, el procedimiento de bloqueo facial puede haber actuado retirando estos refuerzos sensoriales y contribuyendo, así, a la extinción de los tirones de pelo. Al revisar los datos por ellos demostrados, insisten en que la curva de desaparición del comportamiento diana tiene más las características de un proceso de extinción, pues se produce un cambio gradual, y no tanto un cambio abrupto típico de los procedimientos basados en castigo.

3.1.2. *Estímulos condicionados*

Hemos de prestar atención también a la elección de los estímulos o eslabones comportamentales problema que hayan de desempeñar la función de estímulos condicionados y a la forma en que debemos presentarlos.

En esta elección deberíamos tener en cuenta:

1. Es posible que especies diferentes sean más susceptibles de desarrollar reacciones aversivas a modalidades sensoriales distintas. Así, para que un animal aprenda que un alimento determinado es venenoso, debe ser capaz de asociar la acción de ingerir ese alimento con la enfermedad posterior. Por lo general, el *sabor* del alimento constituye la última sensación experimentada antes de ser finalmente ingerido y por ello el gusto se convertiría en un indicador ideal de la aceptabilidad de tal alimento. A nuestro entender, está todavía por investigar ante qué modalidades sensoriales desarrolla el ser humano reacciones fisiológicas, no solamente gastrointestinales, con mayor rapidez y más resistentes a la extinción.
2. Familiarización del individuo con la estimulación: la probabilidad de establecimiento de reacciones aversivas condicionadas y su duración en caso de producirse son mucho menores cuanto más familiar le resulta al sujeto tal estimulación. Por todo ello es importante determinar previamente, y a veces no es tarea fácil, cuál de los elementos componentes de la constelación estimular del individuo sirve para desencadenar con más fuerza el comportamiento no deseado. En el caso de las parafilias, varios autores han desarrollado procedimientos loables por su capacidad de objetivar esta búsqueda (Quinsey, Chaplin y Carrigan, 1979). Nosotros mismos (Cáceres, 2001) hemos desarrollado toda una filmoteca-audioteca para, mediante la utilización de registros fisiológicos, formalizar nuestra decisión. Estos métodos son lo suficientemente flexibles como para llevarnos, a veces, a diseñar la estimulación de manera ajustada para el caso concreto.

Si no somos capaces de aislar constelaciones concretas o estabones concretos del comportamiento, es recomendable utilizar un amplia gama de estímulos o de pasos comportamentales que definen el comportamiento desviado, cuidando de que tal elección evite provocar una inhibición generalizada a estímulos que no deseamos. Hemos de cuidar, cuando los estímulos están bien aislados, si han de ser componentes visuales, olfativos o gustativos los que hayan de manejarse, o una conjunción de todos ellos.

3.2. Diferencias en la forma de presentación de los estímulos

Otro de los aspectos de acuerdo con los cuales pueden variarse los diversos métodos estriba en la forma en que se presentan tanto los estímulos condicionados como los incondicionados. Esta modalidad de presentación puede ser real (en vivo), encubierta-imaginada y encubierta, complementada con algún tipo de soporte sensorial, y ello tanto en el caso de los estímulos incondicionados como de los condicionados.

3.2.1. *Real*

Todos los estudios citados anteriormente constituyen buenos ejemplos de la presentación real tanto de los estímulos condicionados como de los incondicionados.

Otro método no descrito hasta el presente, en el que la presentación de los estímulos es real, es el que se ha dado en llamar «aversión de vergüenza». Este procedimiento consiste en enfrentar al sujeto, al que su comportamiento a eliminar, desviado, le produce vergüenza en un estado de activación diferente del que le lleva a producirlo generalmente, a esta situación de manera controlada.

Nosotros hemos utilizado este tipo de aversión en algunos casos de exhibicionismo mediante la videograbación del comportamiento exhibicionista provocado por nosotros en situaciones controladas (Cáceres, 1988).

3.2.2. *Imaginada o encubierta*

Para obviar algunas de las dificultades que se derivan de la realización de las terapias aversivas en la realidad, y con ánimo de optimizar algunas de las posibles ventajas de este tipo de procedimientos (por ejemplo, realización en la vida real del sujeto, relevancia estímulo condicionado incondicionado...) por una parte y por otra, basándose en algunas de las explicaciones que se dan a la hora de explicar el funcionamiento de las terapias aversivas (véase lo que ya hemos señalado en el apartado «ensayos cognitivos»), varios autores han desarrollado la implementación de estos procedimientos a través de medios encubiertos o imaginativos.

Las bases teóricas y la descripción de este tipo de procedimientos han sido ampliamente detalladas y elaboradas por Cautela (1967), quien, además, ha referido su adaptación al tratamiento del alcoholismo y al tabaquismo. Esta modalidad se ha empleado también en tratamientos destinados a reorientar el impulso sexual. Por ejemplo, en el caso que presentamos más adelante, además de estímulos aversivos olfativos, intentamos asociar imágenes que parecían tener gran fuerza en la elicitación del deseo sexual desviado («imagínate que vas por la calle y te encuentras de frente con Luisito, el niño que te gusta; se te van los ojos a su entrepierna; notas el bulto de sus genitales..., empiezas a sentir el cosquilleo y te mueres de ganas de tocarle...») con imágenes aversivas realistas («en ese momento aparece el policía que fue a tu casa a detenerte y te llevó a la comisaría...»). Cautela (1967) sugiere que al final de la presentación ha de enfatizarse una escena de escape. Por ejemplo, en nuestro caso sería: «decides no acercarte ni tener relación sexual con ese niño, te vas por otra calle y te encuentres muy a gusto contigo mismo por haber tomado tal decisión».

3.2.3. *Encubierta, complementada*

A veces la presentación de los estímulos, tanto condicionados como incondicionados, se hace de manera encubierta pero se refuerza con algún tipo de estímulo externo real. Maletzky y Steinhauser (2003), por ejemplo, utilizaron procedimientos de sensibilización encubierta apoyados con malos olores producidos por tejido putrefacto...

3.3. Diferencias basadas en el paradigma utilizado

Otro criterio de subdivisión de los diversos procedimientos aversivos estriba en el paradigma teórico asumido para el desarrollo de tal tratamiento.

Así, aun cuando en los procedimientos desarrollados en la actualidad se tienda a combinar toda una serie de procedimientos, ha habido autores que han cuidado que los procedimientos por ellos utilizados se ajustasen el máximo posible a un modelo dado, ya fuese condicionamiento clásico, operante o cualquier otro paradigma de los antes expuestos.

De los resultados que se van obteniendo se puede concluir que:

No siempre, por ajustarse mejor a un modelo determinado, los resultados son mejores.

No porque los estímulos aversivos sean intensos mejoran los resultados finales. Se ha sugerido que algunos estudios realizados con animales indican que la intensidad de los estímulos aversivos empleados a veces es innecesariamente aversiva.

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Al ir revisando los diversos procedimientos utilizados en las terapias aversivas, ya nos hemos ido refiriendo a las distintas áreas a las que, con mejor o peor fortuna, se han venido aplicando. De hecho, pocos han sido los comportamientos problema, por exceso, que no hayan sido sometidos, en alguna ocasión, a procedimientos aversivos.

A guisa de resumen, sigue una lista de áreas en las que han sido aplicadas, señalando en cada caso un estudio que puede servir de guía. Cabría insistir en que, especialmente en los últimos tiempos, estas técnicas no se han utilizado en solitario, sino como parte integrante de un programa mucho más amplio, en combinación con otros componentes terapéuticos, a veces también farmacológicos, orientados a conseguir diversos subobjetivos que faciliten el objetivo global final.

4.1. Alcoholismo

Wilson (1986) describió con claridad los procedimientos básicos a seguir. Howard (2001) analizó, estudiando a 85 pacientes hospitalizados que recibían terapia aversiva farmacológicamente provocada, mediante comparaciones pre-postratamiento, la eficacia a la hora de producir reacciones aversivas condicionadas al etanol. Tras un análisis detallado que incluía diversos niveles de estudio (comportamental, cognitivo y psicofisiológico), se puso de relieve que los métodos aversivos reducen las expectativas positivas en relación con el alcohol y potencian la confianza en la propia capacidad de autocontrol sobre la bebida en situaciones de alto riesgo de recaída. Se advierte, sin embargo, que pacientes con mayor implicación en conductas antisociales en el pasado son menos susceptibles de desarrollar respuestas condicionadas.

Shen, Johnson, Mays, Lipsky y Naylor (2001) exploran los mecanismos específicos mediante los cuales el disulfiram inhibe la enzima hepática aldehído dehidorgenasa, con miras a mejorar la utilización de esta medicación como método aversivo en el tratamiento del alcoholismo.

Nakajima (2004) pone de relieve que la misma reacción aversiva condicionada al etanol obtenida mediante descargas eléctricas se puede conseguir también con ejercicio físico, al menos en ratas.

4.2. Tabaquismo

Cáceres (1979) describió el uso de una modalidad aversiva como parte integrante de un programa mucho más amplio y con objetivos más generales a la hora de controlar el tabaquismo: fumar rápido.

Hajek y Stead (2000, 2004) revisan estudios que utilizan técnicas aversivas, especialmente fumar rápido, entre los métodos que se siguen empleando en el tratamiento del tabaquismo y concluyen que, aunque no sean definitivas, continúan existiendo sugerencias de que mejoran el pronóstico final.

Levy (2001), por el contrario, tras realizar también una revisión sistemática de estudios que incluyen diversos métodos terapéuticos para dejar de fumar, concluye que las terapias sustitutivas de nicotina, así como intervenciones personalizadas e individualizadas del personal sanitario, son las más eficaces. Concluyen que la eficacia de las técnicas aversivas sigue estando poco clara.

McClure (2001) pone de manifiesto que dar feedback de marcadores biológicos propios (por ejemplo, indicadores de daño tisular, susceptibilidad genética a enfermedades cardiorrespiratorias...) supone un procedimiento de eficacia prometedora en este área.

4.3. Otras drogas

Cretzmeyer, Sarrazin, Huber, Block y Hall (2003) comentan la eficacia de los métodos aversivos como parte integrante de un espectro más amplio en el tratamiento del consumo de metanfetaminas.

4.4. Ludopatía

Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen y Molde (2005) revisan estudios de métodos psicológicos de

tratamiento de la ludopatía entre los años 1966 y 2004 y concluyen que las técnicas aversivas, como parte integrante de un método de tratamiento de amplio espectro, ofrecen resultados positivos a corto y largo plazos. Toneatto y Ladouceur (2003) realizan también una revisión crítica de los métodos de tratamiento empleados en ludopatía y concluyen que los cognitivos-conductuales, entre los que incluyen los aversivos, son los que reciben el mayor soporte empírico.

4.5. Cleptomanía

Durst, Katz, Teitelbaum, Zislin y Dannon (2001) señalan que la inclusión de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), antagonistas de opiáceos y estabilizadores del ánimo, es una buena coadyuvante de los métodos aversivos y cognitivo-conductuales, habiendo producido buenos resultados en estos cuadros clínicos.

4.6. Obesidad

Como forma de potenciar una reacción aversiva condicionada ante estímulos alimentarios con alta capacidad de elicitar respuestas consumatorias, al margen de funciones homeostáticas (Forthwirth y Foreyt, 1978).

4.7. Comportamientos agresivos

Foxx et al. (1986) describieron con detalle estos programas.

4.8. Reorientación del impulso sexual

Un estudio pionero es el de Maletzsky (1980). Éste es un tema, sin embargo, al que siguió una larga polémica todavía no resuelta. Spitzer (2003) publicó un artículo en el que ponía de relieve que 200 sujetos autoseleccionados (143 hombres y 57 mujeres) manifestaban que, tras haber recibido psicoterapia, habían cambiado de una orientación exclusiva o predominantemente homosexual a otra predominante o exclusivamente heterosexual. Aunque no se describen muchos datos acerca de los tratamientos a los que habían sido expuestos, entre los mecanismos que los mismos sujetos admiten haber empleado y que reconocen que les fueron de especial ayuda, algunos podrían ser considerados compatibles con técnicas aversivas, técnicas de parada y control de pensamientos.

Este artículo fue publicado como un monográfico de la revista portavoz de la International Academy of Sex Research en el que, además, se publicaron 24 trabajos/comentario de expertos que quisieron glosar la cuestión. Entre ellos se encuentran títulos tan sugerentes como el de Bancroft, «Can sexual orientation change? A long-Running Saga», o Byrd, «The Malleability of Homosexuality: A debate Long overdue», que ponen de manifiesto algunos aspectos importantes de la polémica y que, ciertamente, ésta no ha concluido todavía.

4.9. Parafilias

Maletsky (1980) describe un procedimiento en el que utilizaban malos olores como complemento de un proceso de sensibilización encubierta en el tratamiento de diversas **parafilias** (paidofilias, exhibicionistas...), concluyendo que el procedimiento es igualmente eficaz tanto en sujetos que se prestan al tratamiento voluntariamente como en aquellos cuyo tratamiento viene «forzado» por el juez o sistema penitenciario. Cáceres (2001b) presenta la utilización de las técnicas aversivas en esta problemática, complementada por otro tipo de procedimientos.

4.10. Tricotilomanía y onicofagia

Barmann y Vitali (1982) y Kraft y Kraft (2005) analizan seis casos mediante los cuales ponen de relieve la eficacia de la sensibilización encubierta en este tipo de problemas.

4.11. Rumiaciones obsesivas

Emmelkamp y Walta (1978) describen un modelo a seguir.

4.12. Autopuniciones

Un estudio de referencia es el de Lutzker (1978).

4.13. Berrinches infantiles

Puede tomarse como modelo Rolider y Van Houten (1985).

4.14. Desarrollo teórico

Godemann, Ahrens, Behrens, Berthold, Gandor, Lampe y Linden (2001) estudian detenidamente las reacciones de 72 pacientes con un desfibrilador cardíaco implantado, que recibían descargas eléctricas repetidas, y confirman la bondad del modelo de condicionamiento clásico y de cogniciones disfuncionales en la base del desarrollo de los trastornos de ansiedad y ataques de pánico.

5. EJEMPLO DE CASO CLÍNICO

Pedro tiene 21 años y acude por primera vez a consulta, no por propia voluntad, sino derivado por el juzgado. Se ha presentado una denuncia contra él por tocamientos y abusos hacia un niño. El paciente lo admite. A la primera consulta acude escoltado por su madre. Estudia electrónica. Es un mal estudiante y ha repetido varias veces. Se decidió por FP porque no le gustaba estudiar y creía que allí le sería más fácil.

En el juzgado han acordado conmutar la pena a condición de que se someta a tratamiento en nuestro servicio y se presente los días 1 y 15 de cada mes en comisaría. A nosotros nos obliga a emitir un informe al sistema judicial penitenciario cada dos meses.

En la primera entrevista manifiesta que el lunes anterior, mientras jugaba al futbol con un chaval de 11 años, le tocó los genitales «... en broma, sin ninguna intención...». «Para nada creí que se fuera enfadar tanto...» Anteriormente no había habido relación previa alguna entre ellos, y no era más que un conocido del patio del colegio en el que ambos estudiaban. En entrevistas posteriores confesaría que había hecho esto mismo un gran número de veces, con otros chicos. Insiste en que eran sólo tocamientos, pero luego, en casa, en la intimidad, la mayoría de las veces «repaso el episodio convertido en fantasía sexual excitándome cada vez más y llegando a eyacular...». Nunca había habido problemas, pues nadie le había denunciado. Los padres del niño implicado en el último episodio presentaron denuncia, lo que motivó que la policía nacional acudiera a su casa, le llevase a comisaría y el juez le tomase declaración.

Pedro es el menor de dos hermanos. Manifiesta que su primera eyaculación se produjo hacia los 12 años. Ya sabía de qué se trataba, porque se lo habían explicado en el colegio. Recuerda haber realizado los primeros juegos sexuales con una prima de 10-11 años cuando él tenía 12, juegos que duraron aproximadamente dos años... Es consciente de haber sentido placer y hasta haber llegado a eyacular con ellos en alguna ocasión... No tiene grandes remordimientos, a pesar de venir de una familia muy religiosa. Las primeras atracciones sexuales las sintió a los 12 años con los niños de su clase... desarrollando pronto una actividad masturbatoria regular que, en la actualidad, asciende a dos o tres veces diarias. Además de un acto mecánico, «predominan fantasías en las que aparecen relaciones sexuales con otras personas, fundamentalmente niños a los que toco los genitales, y, si son chicas, acaricio los senos nacientes...». En la actualidad los sujetos de sus fantasías no suelen tener cara. Sí se trata siempre de personas muy jóvenes. Cuando empezó sus juegos con chicos, éstos eran siempre conocidos. «El primero tendría unos 11 años de edad y pareció tomárselo a broma...» Esta actividad ha continuado con una frecuencia de una vez por semana... Nunca han sido duraderas; se trataba sólo de un contacto breve.

Empezó a salir en cuadrilla a los 16 años con compañeros de clase, limitándose siempre a grupos pequeños. Nunca fue capaz de mirar directamente a una chica de su edad, con las que nunca ha salido ni tenido relación alguna.

La detención «supuso una verdadera revolución personal y familiar... Me asustó tremendamente y todavía recuerdo, con terror, cada uno de los segundos que pasé en comisaría...». Se considera muy nervioso. Cuando se pone nervioso, tartamudea, bloqueándose al hablar, algo que ocurre con frecuencia si tiene que hablar con chicas o presentar un trabajo delante de la clase... Por eso se ha hecho especialmente retraído y tímido. Ahora que su grupo empieza a tener relación con las chicas, él «es incapaz de enrollarse; si hay alguna que me gusta, generalmente las más jóvenes, soy incapaz de acercarme por temor al rechazo...».

Dice venir a consulta porque no para de darle vueltas a su detención; está deprimido; quiere solucionar su problema y se cuestiona continuamente si será pedófilo... Teme que, «si realmente lo fuera, sería algo tremendamente vergonzoso para mí y mi familia...».

Completada la evaluación global del caso, la formulación resumen de déficit y excesos conductuales fue como sigue:

a) Excitación fisiológica sexual «desviada» (fundamentalmente ante niños y, en menor medida, niñas).
b) Déficit en habilidades sociales (iniciar conversación, acercarse a extraños, cortejo, expresión sentimientos...).
c) Procesamiento cognitivo (justificación contacto con niños, no correcta percepción del significado de su reacción... No conciencia de relación causal entre situaciones «tentación y reacción sexual». Ausencia de elementos encubiertos de control e inhibición de excitación inadecuada).
d) Déficit en manejo de estrés... Bloqueos y tartamudeo en situaciones especiales.

Para los excesos del apartado *a*) excitación desviada, se estimó oportuno iniciar un proceso de recondicionamiento a través de técnicas aversivas y masturbación guiada.

En las técnicas aversivas seguimos los siguientes pasos:

a) Clarificación de estímulos tentadores.
b) Clarificación de estímulos aversivos reales y encubiertos.
c) Explicación de sistemática y primeros intentos en la misma consulta.
d) Potenciar generalización del procedimiento al entorno del paciente.
e) Monitorizar su progreso evaluando: autoinformes y relato de tentaciones, fantasías durante masturbación, sueños eróticos...

Entre los estímulos tentadores aparecieron: ver a niños desnudos, ver a niños cuyos genitales abultasen a través del chándal, diversas películas eróticas, imágenes de Internet (páginas *teens*). Entre los estímulos aversivos encubiertos señaló «recuerdos del tiempo que pasé en dependencias policiales, la gente me tratará con desprecio, mis amigos dejarán de serlo, mi familia me trataría con desprecio, la gente se alejaría de mí, perdería mi reputación, nadie querrá contratarme para realizar un trabajo...».

Cada uno de estos elementos fue registrado en cartulinas azules (excitadores) y rojas (inhibidores). Ensayamos su uso consecutivo aleatorizado, enfatizando la implicación propia en cada una de las escenas y su uso posterior fuera de la consulta. Como estímulo aversivo real terminamos utilizando un frasco de amoníaco de limpieza que debía tener cercano y abrir durante episodios masturbatorios acompañados de las fantasías desviadas, dado que fue el mejor inhibidor real una vez iniciado un proceso de excitación sexual.

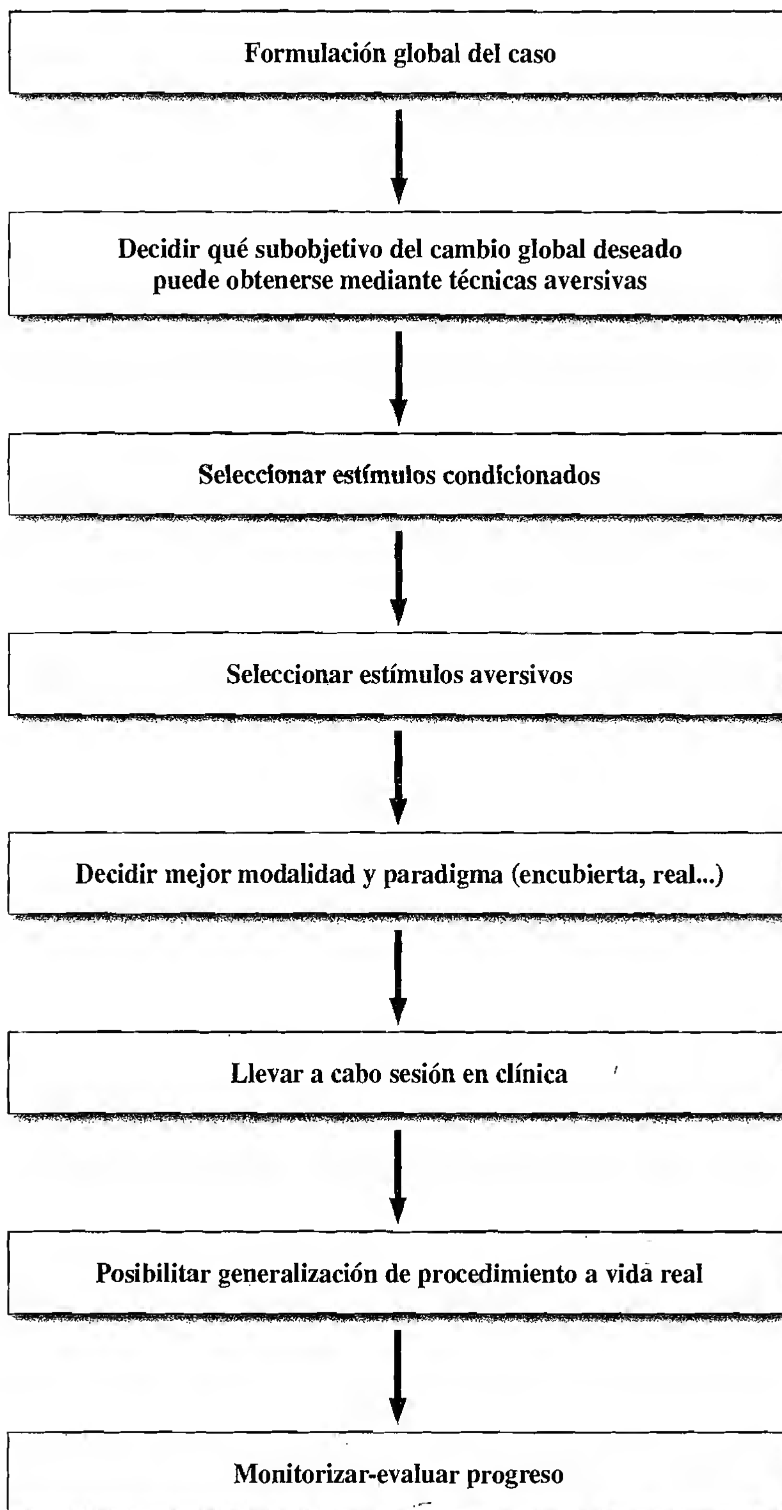
Hasta hoy, 15 años después, Pedro se masturba alrededor de tres veces por semana, la mayoría de las veces ante fantasías en las que aparecen exclusivamente mujeres adultas —aunque siguen siendo jóvenes, ya no se trata de niñas—; no ha vuelto a ser detenido, y, que nosotros sepamos, tampoco ha recaído en el abuso infantil. Es mucho mejor conocedor de sus «situaciones de riesgo» y de qué recursos puede poner en práctica para salir airoso.

Cuánto de este desarrollo sea debido a las técnicas aversivas empleadas o al entrenamiento grupal en habilidades sociales, a la participación en técnicas de manejo del estrés, al entrenamiento en empatía... sería difícil de decir. Sí podemos reflejar

la opinión del paciente en el sentido de que las técnicas aversivas le ayudaron a mantener una actitud beligerante frente a su problema y, en cierta medida, a considerarse más justo por ser él mismo el más punitivo frente a su desviación.

6. RESUMEN DE PASOS A SEGUIR

Sigue un cuadro resumen de los pasos a seguir en la puesta en práctica de estos procedimientos:



7. EVALUACIÓN CRÍTICA

Existen pruebas sobradas de que el mecanismo aversivo se produce en situaciones naturales (García, Kimeldorf y Koelling, 1955; García y Koelling, 1966; Olafsdottir, Sjdn y Westling, 1986) y de que tal mecanismo puede ser eficaz en el tratamiento de casos problema concretos (Howard y Jenson, 1990). Salzman, Paton, Belova y Morrison (2007) han investigado el circuito neural que asigna a los estímulos sensoriales una significación y un valor afectivos que permiten ajustar el comportamiento posterior, enfatizan el papel de la amígdala y del córtex orbitofrontal, e insisten en que grupos diferentes de neuronas de la amígdala son responsables del valor positivo o negativo de estímulos visuales, valor que se modifica rápidamente con nuevos aprendizajes. A pesar de todo, siguen pendientes de contestación muchas preguntas, tanto a nivel clínico como de experimentación básica.

7.1. A nivel experimental

1. ¿A qué se debe el contraste existente entre el éxito atribuido a este tipo de técnicas en una amplia gama de trastornos, que van desde problemas de alcoholismo, tabaquismo u obesidad hasta la orientación del impulso sexual, y la ausencia de trabajos experimentales aleatorizados y bien controlados que demuestren o refuten su eficacia? Tras revisar trabajos publicados en el área del alcoholismo, Wilson (1986) se cuestionaba que hubiera bases para seguir siendo optimista como los informes del caso único podrían hacernos sentir.
2. Contrasta cómo, por una parte, las bases conceptuales de muchas de las prácticas aversivas se derivan de los principios del aprendizaje mientras que, de forma aplicada, muchos de los programas terapéuticos, aun apartándose de estos principios (utilizando, por ejemplo, principios de condicionamiento hacia atrás o existiendo un gran retraso entre la aparición del EC y el EI), siguen siendo eficaces.
3. Sigue siendo un problema lo relacionado con la generalización de estímulos y la generalización en el tiempo.
4. Contrasta, también, la especificidad de los resultados encontrados en determinados procedimientos terapéuticos, en los que la reacción aversiva se produce únicamente a estímulos específicos presentados.
5. La utilidad relativa de los diferentes tipos de estímulos aversivos y condicionados empleados. No se ha establecido de manera clara la efectividad de todos estos tipos de estímulos, ni existen, por lo general, estudios comparativos que evalúen las diferencias de resultados entre diversos estímulos (excepción hecha de Cannon y Baker, 1981).
6. Clarificar algunos de los resultados de los estudios que se han realizado para demostrar la existencia de esa supuesta «preparación biológica» (Seligman, 1970) para desarrollar respuestas aversivas (Cook III, Lang y Hodes, 1986). Entre otros:

   — ¿Por qué es, a veces, tan tremendamente difícil establecer este tipo de reacciones aversivas ante estímulos previamente neutros, aun cuando estos supuestos estímulos parecen tener una supuesta carga de preparación biológica?
   — ¿Hasta qué punto son determinantes parámetros tales como pertinencia y relevancia EC-EI?
   — ¿Qué sentido tiene que, aun en el caso de estímulos biológicamente preparados en los que se produce una reacción fisiológica aversiva condicionada, algunos elementos psicofisiológicos, por ejemplo, respuestas cardiovasculares aversivas condicionadas, sean difíciles de conseguir? (Zeaman y Smith, 1965).

7.2. A nivel clínico

1. En el caso-problema a tratar, ¿se produce realmente una reacción aversiva condicionada?

1.1. ¿Cómo se manifiesta esta reacción?
1.2. ¿Existen indicadores cognitivos, conductuales y psicofisiológicos que sean válidos y fiables?

2. La aparición de esta reacción ¿es predictiva del éxito terapéutico?
3. ¿Se puede mantener fuera del laboratorio-consulta?
4. ¿En combinación con qué otro tipo de variables

— del problema,
— del individuo,
— de factores sociodemográficos,
— del procedimiento terapéutico empleado

puede maximizarse el éxito?

Podría ser que tuviéramos que terminar concluyendo que este tipo de técnicas pueden ser especialmente eficaces en aquellos casos en los que el comportamiento problema es elicitado por el grado de apetitividad que el estímulo desencadenante tiene para el paciente (por ejemplo, parafilias, obesos en los que las características externas de los alimentos desempeñan un papel especial, bebedores excesivos que consumen alcohol por su sabor, olor...), y mucho menos efectivos en los que el comportamiento problema se ve mantenido por otro tipo de procesos (por ejemplo, bebedor excesivo que utiliza el alcohol como ansiolítico, en cuyo caso lo que importa son las reacciones internas subsiguientes).

Hemos de reseñar, para concluir, que con las terapias aversivas parece haber ocurrido lo mismo que con otras técnicas terapéuticas: tras un período de popularidad exagerada y utilización indiscriminada, se da pie a otro período más crítico, depurador y analítico. Corremos el riesgo, sin embargo, como señala un refrán británico, de «tirar al bebé con el agua sucia donde le acabamos de bañar», si desechamos indiscriminadamente su potencial terapéutico. Sea como fuere, se enfatiza la necesidad de mejorar los métodos de medición, tanto en investigación como en la clínica aplicada, especialmente sus propiedades psicométricas, así como la conveniencia de analizar variables de proceso y no sólo de resultado final, y mejorar los criterios finales de resultados positivos y la descripción de los métodos de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Cáceres, J. (1984). Técnicas aversivas. En J. Mayor y F. J. Labrador (eds.), *Manual de modificación de conducta.* Madrid: Alhambra Universidad.

Capítulo en el que se repasa con mayor detenimiento los sustratos teóricos aducidos a la hora de explicar el funcionamiento de las técnicas aversivas.

Rachman, S. y Teasdale, N. (1969). *Aversion Therapy and Behaviour Disorders.* Londres: Routledge & Kegan Paul.

Aunque haya pasado algún tiempo desde su publicación, sigue siendo el único texto, en forma de libro monográfico, que se plantea de manera sistemática las cuestiones relacionadas con los procedimientos aversivos. Un resumen, para los que tengan dificultad en conseguir el libro, puede encontrarse en C. Franks (ed.) (1969). *Behaviour Therapy: Appraisal and status.* Nueva York: McGraw-Hill.

Wilson, G. T. (1986). Chemical Aversion Conditioning as a treatment for Alcoholism: A Re-analysis. *Behavior Research and Therapy, 25,* 503-516.

Trabajo que revisa de manera crítica, sistemática y controlada la supuesta eficacia de los procedimientos aversivos, empleando estímulos químicos, aplicados al campo del alcoholismo.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Por lo que a la intensidad de los estímulos aversivos se refiere:

   a) Ésta ha de ser máxima para ser efectiva.
   b) No porque sean muy intensos mejoran los resultados finales.
   c) No se ha investigado su relación con la eficacia.

2. La «teoría del estado» mantiene que:

   a) En períodos de alta emocionalidad el comportamiento a eliminar es suprimido.
   b) Los efectos de la sensibilización disminuyen con el tiempo.
   c) Las dos respuestas anteriores son ciertas.

3. García et al. (1955) demostraron que los mecanismos aversivos se desarrollan con facilidad en situaciones naturales, especialmente ante estímulos:

   a) Visuales.
   b) Táctiles.
   c) Gustativos.

4. Los mecanismos neurales que asignan un significado emocional a los estímulos estarían relacionados con:

   a) La amígdala.
   b) Córtex orbitofrontal.
   c) Ambas respuestas anteriores.

5. Desaconsejarías el establecimiento de un programa de tratamiento de aversión eléctrica en un bebedor excesivo por las razones siguientes (marca lo que proceda):

   a) La familiaridad del paciente con el estímulo a condicionar.
   b) La no relevancia EC-EI.
   c) Las dos anteriores.

6. Desaconsejarías la inclusión de un programa aversivo en el tratamiento de un heroinómano ante la heroína por:

   a) Tener poco que ver el color, sabor, etc., del estímulo condicionado en el mantenimiento de la adicción.
   b) No disponer de estímulos aversivos adecuados.
   c) Razones de tipo ético.

7. Se espera que, si un programa aversivo ha tenido éxito en un problema clínico determinado, cada vez que el paciente se enfrente a la constelación estimular previamente atractiva en el futuro demuestre una reacción:

   a) De evitación.
   b) De satisfacción.
   c) Neutra.

8. Los estímulos incondicionados empleados en técnicas aversivas deben ser:

   a) Seguros.
   b) Relevantes.
   c) Las dos anteriores.

9. Los estímulos condicionados empleados en técnicas aversivas deben ser:

   a) Eslabones importantes de la cadena conductual a modificar.
   b) Visuales, preferentemente.
   c) Muy familiares para el sujeto.

10. Cuanto más se ajusta el procedimiento terapéutico a un paradigma de aprendizaje concreto:

    a) Más eficaz es.
    b) Menos eficaz es.
    c) No suele tener relación con su eficacia.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	c	c	c	c	a	c	c	a	c

Técnicas de autocontrol 15

MARÍA JOSÉ CARRASCO GALÁN

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de autocontrol se articula fundamentalmente sobre la capacidad del ser humano para alterar sus propias dinámicas o comportamientos, potenciando sus posibilidades de adaptación al poder ir ajustando sus acciones a distintos contextos y situaciones demandantes. Esta capacidad se ve reflejada en las distintas estrategias y técnicas que se ponen en marcha con el objetivo de controlar, de forma voluntaria, emociones, conductas y cogniciones de cara a la consecución de determinados objetivos que la persona se marca. Los estudios sobre autocontrol han puesto de manifiesto los beneficios que se derivan de la puesta en práctica de estas estrategias tanto en el campo académico como de salud mental, laboral o de las relaciones interpersonales, así como los problemas y dificultades que se derivan de su ausencia o su aplicación deficitaria (Finkel y Campbell, 2001; Tangney, Baumeister y Boone, 2004).

A la hora de intentar definir qué se entiende por autocontrol surgen un amplio número de conceptos con él relacionados, como autorregulación, autogestión, automanejo o autodisciplina, que en numerosas ocasiones son utilizados de forma indistinta y manejados como sinónimos. Aunque todos estos términos comparten como eje aglutinador el que es el propio individuo el que gestiona y regula el proceso, sin embargo en el caso del autocontrol habría elementos diferenciales.

El autocontrol se suele centrar especialmente en aquellas circunstancias en las que se produce un conflicto de intereses, es decir, las consecuencias de las acciones difieren dependiendo de su presentación temporal. Así, por ejemplo, efectos reforzantes a corto plazo pueden acarrear experiencias aversivas a medio o largo plazo o, por el contrario, consecuencias desagradables a corto plazo pueden proporcionar resultados gratificantes más adelante o contrarrestar posibles experiencias futuras de mayor aversividad. Comportamientos como la ingesta en cantidades inadecuadas de alimento, el consumo de tabaco, hacer ejercicio físico de manera regular, preparar unas oposiciones o hacerse revisiones médicas tendrían una mayor o menor presencia dependiendo del mayor o menor protagonismo de los efectos más inmediatos o demorados.

Se hablaría, por tanto, de autocontrol cuando las pautas de actuación se dirigen en especial a fortalecer dos aspectos relacionados con la ejecución y/o inhibición de una conducta: ***la persistencia*** o mantenimiento de un determinado patrón de actuación, aunque las consecuencias inmediatas no sean gratificantes y los beneficios se obtengan a medio o largo plazo, y ***la resistencia*** o inhibición ante determinadas formas de funcionar más reforzantes a corto plazo. Es decir, el comportamiento se hace menos dependiente de sus efectos a corto plazo de cara a lograr objetivos con beneficios a más largo plazo.

Este conjunto de competencias se asume que son resultado de experiencias de aprendizaje que comienzan en las primeras etapas de la infancia y que inicialmente son reguladas por agentes externos, como, por ejemplo, los padres y otros educadores,

para posteriormente ir independizándose de las influencias externas.

2. BASES TEÓRICAS DE LAS TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Las estrategias de autocontrol han estado presentes en el campo de la modificación de conducta desde sus orígenes ajustándose sus planteamientos a medida que se han ido incorporando nuevas propuestas teóricas al estudio del funcionamiento del ser humano.

Skinner (1953) en sus primeros escritos recoge el concepto de autocontrol al referirse a determinados comportamientos que tienen como objetivo alterar o modificar los factores ambientales que controlan una conducta que se desea reducir o inhibir. Para ello se utilizarían las estrategias que sirven para cambiar las conductas ajenas, es decir, manipulando los antecedentes y los consecuentes que están influyendo en dicho comportamiento. Sus propuestas fueron recogidas posteriormente por otros autores como Cautela (1967), Goldiamond (1965) o Ferster, Numberger y Levitt (1962). A continuación revisaremos algunos modelos teóricos que han tenido una amplia repercusión en la aplicación práctica de sus planteamientos.

2.1. El concepto de autocontrol en Kanfer

Kanfer (1970, 1971) define el autocontrol en términos de estrategias o procesos que pone en marcha una persona para incrementar la probabilidad de una respuesta (la respuesta controladora) y para reducir la presencia de otra inicialmente más probable. Considera el autocontrol como un caso especial de autogestión por plantearse en un contexto en el que se da una situación conflictiva entre las consecuencias favorables y desfavorables de la conducta y decidir la persona, de manera autónoma y sin constricción externa, realizar la conducta que tiene inicialmente menos apoyos externos inmediatos. Dependiendo de la duración de la estrategia de autocontrol, diferencia entre un autocontrol puntual o decisional y otro prolongado. En el primer caso la estrategia de autocontrol se lleva en un momento concreto en el que la persona tiene que decidir entre dos conductas y la elección de una pone fin a la secuencia, mientras que en la estrategia prolongada el procedimiento exige mantener la opción elegida mientras sigue abierta o presente la alternativa desechada. Ejemplo del primer caso es optar por entrar en un recinto en el que no está permitido fumar, mientras que la segunda opción se pone en marcha cuando rehusamos fumar en un contexto en el que otros alrededor están fumando.

Según su propuesta, el proceso de autocontrol se apoyaría en tres fases o etapas que incluyen la autoobservación, la autoevaluación y el autorreforzamiento. La autoobservación se refiere al proceso en el que la persona se centra de forma deliberada y cuidadosa en su propio comportamiento analizando lo que siente, piensa o hace, así como los elementos del contexto que pueden estar influyendo en esas dinámicas. En esta fase es importante, para que el proceso sea funcional, que la persona sea capaz de identificar los aspectos significativos de su actuación, así como de discriminar las claves relevantes del contexto.

Una segunda fase es la autoevaluación, en la que la persona compara su forma de actuar o de responder con un criterio, al establecer previamente cuál debería ser su pauta de funcionamiento, es decir, hay una confrontación entre un ideal o una expectativa establecida de lo que debería ser o lo que convendría que fuese y la actuación real. Fruto de este análisis se llega a un juicio sobre lo adecuado o improcedente del comportamiento emitido. En la medida en que estos criterios sean ajustados y realistas, el proceso de autocontrol será más adaptado.

En la tercera fase de este proceso la persona se autorreforzaría con reforzadores encubiertos (sensación de bienestar por haber alcanzado un objetivo o meta) o externos (tomando un dulce tras una semana de cumplimiento de dieta) posibilitando así que el proceso de autocontrol se consolide y reafirme, aunque las consecuencias externas más inmediatas no sean favorables. Si las experiencias en autorreforzamiento son deficitarias, la eficacia del proceso de autocontrol se vería afectada. El modelo de depresión de Rehm (1985) y la estrategia terapéutica que

de él se deriva ejemplificarían la aplicación de la propuesta de Kanfer al campo de la terapia.

2.2. El modelo de autocontrol de Thoresen y Mahoney

Para Thoresen y Mahoney (1974) la persona desarrolla autocontrol en la medida en que modifica el medio externo, así como su propio medio interno, para promover un cambio significativo en su conducta. Este cambio implica la puesta en marcha de una conducta con una baja probabilidad frente a otras conductas alternativas con consecuencias inmediatas más positivas. Para hablar de autocontrol, estos autores recogen como claves significativas:

a) La existencia de dos o más respuestas alternativas.
b) Consecuencias diferentes y conflictivas entre las posibles alternativas.
c) El mantenimiento de los patrones de autocontrol por consecuencias externas a largo plazo, es decir, hay un aplazamiento en la obtención de los beneficios.

Para ejercitar el autocontrol la persona puede llevar a cabo dos estrategias básicas: la planificación ambiental y la programación de la conducta. La planificación ambiental iría dirigida a reordenar las claves controladoras que facilitan la aparición de la conducta que se quiere promover o incrementar, como eliminar claves ambientales tentadoras o cambiar los monólogos internos retirando los más desmoralizantes o poco motivadores y sustituyéndolos por comentarios más animosos. Por su parte, la programación de la conducta implica la autoaplicación de consecuencias, tanto de carácter reforzante como aversivo, tras la ejecución de determinada conducta.

2.3. El modelo de autocontrol de Bandura

Para Bandura (1977, 1986), el funcionamiento humano está regulado por la interacción recíproca de influencias ambientales, conductuales y personales, y en este contexto gran parte de su comportamiento está autorregulado para conseguir beneficios futuros y evitar problemas. Entre los mecanismos responsables de la puesta en práctica de las estrategias de autocontrol desempeña un papel significativo el constructo de autoeficacia percibida. La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus capacidades para obtener determinados logros. Estas creencias pueden reflejar distintos aspectos del funcionamiento personal refiriéndose tanto a habilidades cognitivas como conductuales. Desde este modelo se asume que las expectativas de autoeficacia son un importante predictor de las intenciones y acciones de los individuos frente a diversas situaciones, ya que influirán en las elecciones que se hacen y en las conductas que se realizan, así como en el mantenimiento de ellas ante situaciones adversas. Si la percepción sobre la propia capacidad para llevar a cabo una tarea no es precisa, puede influir tanto en excesos como en déficit conductuales.

Para Bandura, las creencias sobre las propias capacidades se construyen a partir de cuatro tipos de experiencias:

a) Los aprendizajes directos con los resultados reales experimentados.
b) Las experiencias vicarias en las que la persona hace estimaciones sobre su propia capacidad al observar cómo actúan los demás.
c) La persuasión verbal mediante la cual se hace llegar al sujeto información relativa a sus capacidades de cara a impulsar la acción.
d) Los estados fisiológicos y afectivos que repercutirán sesgando los juicios de eficacia personal que los individuos hacen.

Las expectativas sobre la eficacia personal reflejan un proceso dinámico en permanente construcción, que cambia con las experiencias vividas y que variará a lo largo del tiempo y en las diferentes situaciones a las que se tiene que enfrentar la persona. El constructo de autoeficacia y su papel mediador en el funcionamiento humano han sido ampliamente

estudiados en campos tan diversos como la psicología de la salud, el campo educativo, el ámbito laboral, la psicología del deporte y la psicología clínica.

3. DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE AUTOCONTROL

El objetivo de los procedimientos de autocontrol es reforzar a las personas para que sean capaces de poner en marcha estrategias que les permitan regular sus comportamientos de cara a lograr las metas u objetivos que se han fijado.

Es recomendable, antes de iniciar la fase de entrenamiento, proporcionar a la persona información general sobre el procedimiento de tal manera que tome conciencia de su papel activo y se implique en el proceso. Aunque ya Kanfer (1980) señalaba la conveniencia de potenciar en el proceso de cambio terapéutico la percepción de responsabilidad del cliente en los logros alcanzados, sin embargo la incorporación de estrategias de autocontrol requiere que la persona asuma desde el principio su compromiso en el cambio, lo que en ocasiones necesita ser abordado previamente. Así, el reforzamiento pasado de patrones de dependencia o experiencias continuadas de intentos fallidos de control o la ausencia de habilidades o recursos para manejar demoras de reforzamiento o soportar ligeras dosis de adversidad pueden requerir su abordaje previo de cara a manejar rechazos y prevenir incumplimientos.

3.1. Estrategias básicas en el entrenamiento en autocontrol

La puesta en marcha de un procedimiento de autocontrol incluye la adquisición de una serie de estrategias que proporcionarán las claves y elementos imprescindibles para abordar la situación conflictiva que será objeto de cambio. En términos generales, el proceso sigue los criterios reguladores de un proceso de moldeado, al fijar los niveles de partida y los objetivos a alcanzar, y diseñando un sistema de aproximaciones sucesivas que facilite llegar a la meta propuesta. En esta dinámica, el terapeuta tendrá un papel de apoyo más significativo en los primeros momentos, actuando de guía y referencia, para posteriormente ir desvaneciendo su presencia y función hasta que la persona sea totalmente autónoma en el desarrollo del proceso del cambio. Los pasos a seguir incluyen:

a) Favorecer el compromiso al cambio.
b) Especificar y evaluar el problema.
c) Planificar los objetivos de cambio.
d) Diseñar y aplicar las estrategias de cambio.
e) Potenciar el mantenimiento y prevenir las recaídas.

Estos pasos no tienen que entenderse como secuencias independientes y aisladas, sino que los recursos y habilidades desarrollados en cada uno de ellos interactuarán permitiendo el avance y la consecución de los logros establecidos. En la tabla 15.1 se presenta un resumen de los pasos y técnicas a emplear en un entrenamiento en autocontrol.

3.1.1. *Favorecer el compromiso al cambio*

La puesta en práctica de un programa de autocontrol requiere, en primer lugar, motivación y compromiso para establecer las nuevas pautas de funcionamiento y practicar las nuevas destrezas, con el coste añadido de soportar las restricciones o pérdidas inherentes a la no ejecución de los antiguos hábitos o conductas (Karoly, 1995). En los primeros momentos del aprendizaje, atender a las exigencias que los nuevos planes demandan implica un coste añadido, en un contexto en el que el beneficio obtenido por estos nuevos procedimientos es pequeño. El tener que estar pendiente de apuntar cada cigarrillo que se fuma, los datos sobre el dolor de cabeza padecido, o la actividad física practicada, así como proceder a poner en práctica y anotar las nuevas conductas o llevar a cabo los cambios planeados, requieren grandes dosis de motivación. El nivel motivacional puede potenciarse trabajando sobre el valor del objetivo, sobre las expectativas de autoeficacia o sobre apoyos externos que fortalezcan la adherencia al procedimiento.

TABLA 15.1

Guía general de un entrenamiento en autocontrol

Paso 1. Favorecer el compromiso al cambio

Tareas:

- Focalizar la atención en beneficios y perjuicios.
- Potenciar expectativas de autoeficacia.
- Comunicar a otros el proyecto de cambio.

Paso 2. Especificar y evaluar el problema

Tareas: Observación y registro de la conducta y sus determinantes.

Paso 3. Planificar objetivos de cambio

Tareas: Concretar metas parciales y finales.

Paso 4. Diseñar y aplicar las estrategias de cambio

Técnicas:

- Técnicas de planificación ambiental.
- Técnicas de control estimular.
- Estrategias cognitivas.
- Técnicas centradas en las conductas.
- Autoobservación y registro.
- Entrenamiento en respuesta alternativa.
- Contrato conductual.
- Técnicas de programación conductual.
- Técnicas de autorreforzamiento.
- Técnicas de autocastigo.

Tareas: Diseñar práctica de tareas para casa.

Paso 5. Potenciar el mantenimiento y prevenir las recaídas

Tareas:

- Revisar errores en el diseño del plan.
- Identificar situaciones de alto riesgo.
- Planificar estrategias de afrontamiento.
- Ensayar acciones a seguir ante fallos o incumplimientos.

Existen distintas estrategias que ayudan a potenciar el compromiso. En primer lugar es importante *focalizar la atención en los beneficios* que se espera conseguir al cambiar los antiguos hábitos por los nuevos, así como *revisar y precisar los perjuicios y desventajas* que se seguían de la realización de los hábitos antiguos. La descripción precisa de las ventajas que se espera obtener hace presente un reforzamiento futuro, actuando como un claro estímulo discriminativo favorecedor para los nuevos comportamientos. Suele recomendarse colocar la lista en un lugar visible relacionado con las nuevas pautas de actividad que se quiere promover. De la misma forma la visión y recuerdo de los aspectos desfavora-

bles de los comportamientos que se desea reducir o eliminar potenciará su función como estímulo discriminativo inhibidor para los comportamientos menos deseables.

En segundo lugar se recomienda ***potenciar las expectativas de autoeficacia*** como un medio de estimular la práctica y persistir en la tarea. Como ya se ha señalado, las creencias que las personas tienen sobre su capacidad para realizar determinadas tareas repercutirán, en gran medida, no sólo en las acciones emprendidas, sino también en el grado de esfuerzo y persistencia en la tarea. Puesto que las experiencias personales son una de las fuentes fundamentales de las que se nutre la percepción personal de capacidad a la hora de programar un procedimiento de autocontrol, es conveniente facilitar la obtención de logros *graduando los niveles de exigencia*. Acercando inicialmente los recursos exigidos en un primer nivel a los actualmente presentes, se facilita la ejecución de los primeros pasos, que se verán reforzados por el alcance correspondiente de las metas fijadas.

Asimismo, *valorar el progreso a través de las distintas submetas* establecidas y no teniendo como criterio único el objetivo final facilitará el mantenimiento en el proceso y el seguimiento del programa. Por ejemplo, para controlar la conducta de fumar es un elemento significativo centrarse en el logro de mantenerse sin fumar el día concreto en que se está trabajando. La expectativa de la abstención total suele generar altas dosis de ansiedad por la pérdida de reforzamiento que implica y la percepción de incapacidad para aguantar la aversividad que suelen mantener las personas que han tenido el hábito de fumar durante varios años. *Centrarse en lo alcanzado y no en lo que falta por lograr* es otra forma más de dar impulso y consolidar el trabajo realizado, al concentrar la atención en los logros y fortalecer la percepción de autoeficacia.

Es aconsejable *controlar los pensamientos negativos sobre las propias capacidades basados en experiencias de fracaso pasadas*. Apoyarse en las nuevas experiencias como un elemento de referencia diferente de lo anteriormente vivido, estableciendo con claridad las claves distintivas de la nueva situación, así como sus circunstancias favorecedoras respecto a las vivencias pasadas, facilitará el cambio cognitivo que impulse nuevos diálogos y pensamientos más favorecedores sobre las capacidades personales para llevar a cabo las acciones previstas.

En tercer lugar, puede ser beneficioso para afianzar el compromiso y la motivación *comunicar a personas cercanas la tarea que se emprende*. Hacer público el plan que se va a llevar a cabo permite que otras personas colaboren en el desarrollo del programa, sirviendo de observadores externos que pueden proporcionar ayuda en momentos puntuales, reforzando positivamente el seguimiento del plan. En otras ocasiones, el compromiso público puede servir como elemento motivador al percibirse de manera negativa el que los demás tengan conocimiento del abandono o el no cumplimiento del programa.

3.1.2. *Especificar y evaluar el problema*

Un primer paso para poder controlar las formas de funcionar implica tomar conciencia de su presencia y de las condiciones en las que dicho funcionamiento tiene lugar. Una de las estrategias más eficaces para realizar esta tarea será la autoobservación y registro, que se describirá más adelante. Las personas suelen describir sus formas de actuar de manera vaga y confusa, haciendo referencia a aspectos más centrados en los deseos de cambio («fumo demasiado», «me acaloro con rapidez en las discusiones», «quiero perder peso», «quiero organizar mejor mi tiempo», «quiero dejar de arrancarme el pelo») que en su manera de actuar. Para poder llegar a establecer un plan de cambio, es requisito imprescindible operativizar la conducta de manera que permita su posterior observación y cuantificación. Para objetivar los problemas es útil considerar los hábitos que están implicados, describiendo los comportamientos que abarcan. Se puede así listar ejemplos concretos, partiendo de los hábitos de alimentación y de actividad física, de las conductas concretas de ingesta de alimentos (consumo de alimentos de alto valor calórico, ingesta continuada entre comidas, ingesta muy rápida y con poca masticación), así como de la acti-

vidad física que se realiza (se está sentado la mayor parte del tiempo, utilización del ascensor, desplazamientos en automóvil).

Un segundo paso significativo para el abordaje del problema que se quiere manejar es ayudar a la persona a que tome conciencia e identifique las situaciones específicas, los contextos y circunstancias que tienen un papel relevante en las pautas de actuación. Los comportamientos están regulados por claves estimulares antecedentes y consecuentes que influyen en la forma de funcionar haciendo que, en su presencia o en su ausencia, las conductas cambien. Así, para la persona que fuma, hay elementos externos que facilitan encender un cigarrillo, como es ver a otros que fuman, estar tomando café o internos como sentirse intranquila; o en un programa orientado a controlar el juego situaciones que favorecen esta conducta podrían ser la presencia de la máquina de juego en la cafetería donde se toma el café, ver el salón de juego al salir del garaje al llegar a casa o ver determinada dirección en Internet archivada en «Favoritos». De la misma forma, es importante para el proceso de autocontrol que se preste atención a las consecuencias que se derivan de las conductas. La ingesta de determinados alimentos genera una sensación de placer que favorece su consumo, subir escaleras en vez de utilizar el ascensor provoca fatiga, lo que reduce su presencia futura, o retrasar la realización de las tareas reduce la sensación de malestar y tensión que genera su ejecución.

Para favorecer la puesta a punto de esta estrategia, se pueden utilizar ejemplos concretos de los comportamientos habituales, especificando las acciones concretas que se suelen desarrollar a la vez que se analizan distintos aspectos antecedentes, como el lugar, las personas presentes, las acciones que se estaban realizando, así como los pensamientos y otras posibles condiciones personales, como en qué estado anímico o físico se encontraba. Este mismo análisis se realizará al evaluar las circunstancias posibles que siguen a la conducta, reflejando lo que sucedió, qué se hizo, cómo actuaron las personas presentes, así como lo que se sintió o se pensó. Esta tarea tendrá su desarrollo a través de la autoobservación.

3.1.3. *Planificar los objetivos de cambio*

La especificación de metas es un componente vital en un programa de autocontrol. Los objetivos marcan el camino a recorrer, orientan la elección de técnicas que permitirán alcanzar esas metas y fijan un criterio de cambio que impulsa la puesta en marcha del plan. Para favorecer la motivación es importante que la persona colabore en el proceso, ayudando el terapeuta a que en su formulación las propuestas sean viables y precisas.

Cuando se establecen los objetivos, éstos deben *plantearse de forma concreta y definida*. Cuando los objetivos están bien establecidos, favorecen el aprendizaje, ya que promueven las nuevas actuaciones, al permitir regular con mayor precisión el esfuerzo necesario para alcanzarlos, y estimulan la autoeficacia, al permitir evaluar con exactitud la consecución del éxito. Para trabajar en la especificación de objetivos, especialmente en aquellos casos cuya objetivación es más compleja, Mager (1972) recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Poner por escrito la meta, precisando el resultado que se espera conseguir y no los medios para alcanzarlo.
2. Identificar con detalle los comportamientos o acciones que tendrían que estar presentes o ausentes cuando se alcanzase el objetivo.
3. Precisar los contextos y situaciones en los que se espera que se pongan en marcha las nuevas pautas de acción.

En la planificación de objetivos es conveniente *valorar aspectos de proximidad y nivel de dificultad*. Las metas próximas generan una mayor motivación que las lejanas, ya que disminuyen el abandono al facilitar su alcance. Las metas cercanas pueden implicar niveles de exigencia menores para alcanzarlas. Aunque trabajar por objetivos difíciles motiva en un primer nivel, sin embargo, cuando las metas son excesivamente elevadas, muchas de las actuaciones resultarán decepcionantes para el sujeto, al fracasar a pesar del esfuerzo empleado, lo que debilitará la autoeficacia, reduciendo la motivación. Para regular los criterios a alcanzar en los primeros

pasos, conviene utilizar como referencia los datos obtenidos en la evaluación del problema.

3.1.4. *Diseñar y aplicar las estrategias de cambio*

El establecimiento de objetivos posibilita planificar los pasos a seguir para *seleccionar las estrategias apropiadas* para alcanzar las metas de aprendizaje formuladas. Dependiendo de los cambios a establecer, las técnicas se han clasificado en tres grupos (Avia, 1984):

a) Técnicas para facilitar el cambio de la conducta, dirigidas fundamentalmente a potenciar la participación y la adherencia al programa.
b) Técnicas de planificación ambiental, orientadas a alterar los factores, tanto externos como internos, que anteceden a la conducta que se desea modificar, bien fomentando o inhibiendo su presencia.
c) Técnicas para la programación conductual, centradas en la programación de las consecuencias que se derivarán de las diferentes actuaciones.

En el apartado de las técnicas, se describirán de manera precisa las distintas estrategias.

La aplicación de los procedimientos se diseñará para su *práctica a través de tareas para casa* en las que la persona pone a prueba los métodos elegidos, estableciendo qué se compromete a hacer y en qué situaciones y momentos, ensayando su viabilidad y afrontando las dificultades y problemas que se deriven de su ejecución.

Para llevar a cabo esto es necesario que se haga un *seguimiento sistemático del funcionamiento,* especialmente a través de la autoobservación y registro, permitiendo así evaluar su avance de manera precisa. La información que se recoja en esa práctica permitirá que el terapeuta oriente y sugiera posibles cambios, apoye y motive el trabajo realizado y proporcione, cuando fuese necesario, guías que contribuyan al avance y consolidación de los nuevos recursos y habilidades.

3.1.5. *Potenciar el mantenimiento y prevenir las recaídas*

Puesto que todo proceso de intervención orientado al autocontrol busca la regulación autónoma de la persona para la consecución de sus objetivos, conviene asegurar el mantenimiento de los nuevos hábitos, preparando a la persona para el manejo de aquellas situaciones que puedan favorecer el resurgir de las formas no deseables de actuación y/o el abandono de las nuevas formas de funcionar. Según Marlatt (1985), todo programa de autocontrol dirigido a mantener el cambio de un comportamiento debería:

a) Ser eficaz para mantener el cambio durante períodos de tiempo clínicamente significativos.
b) Promover el cumplimiento y seguimiento de los requisitos del programa.
c) Combinar procedimientos de intervención tanto cognitivos como conductuales, así como cambios en el estilo general de vida.
d) Fomentar el desarrollo de habilidades en motivación y toma de decisiones.
e) Instalar nuevos hábitos y habilidades para reemplazar hábitos desadaptados o no deseables; no centrarse únicamente en eliminar conductas.
f) Capacitar a la persona para que pueda afrontar con éxito nuevos problemas que puedan surgir potenciando la generalización de lo aprendido; enseñar a la persona a manejar con eficacia experiencias de fallo o recaída.

Los fallos en el entrenamiento en autocontrol pueden ser debidos a *errores en el diseño del plan* a seguir como:

a) No precisar correctamente la conducta que se quiere corregir, lo que no permite que se perciba el avance.
b) Una inadecuada graduación en los objetivos a alcanzar, lo que afectará a la motivación al no obtener reforzamiento.

c) Un diseño excesivamente complejo o farragoso para la autoobservación y registro, lo que promueve una realización errática y poco funcional.

d) Desajustes en la programación conductual, al establecer consecuencias poco eficaces tanto para las conductas deseables como para las indeseables.

Por otra parte, en la programación de la puesta en práctica de las nuevas destrezas, se deben planificar estrategias orientadas a prevenir posibles experiencias de fallo o dificultad. En esta línea estaría en primer lugar la *identificación de las situaciones de alto riesgo.* Para poder anticiparse a los contratiempos, es necesario identificarlos. Ver en el armario una tableta de chocolate cuando se está hambriento, o mantener la conexión a Internet cuando se está delante del ordenador preparando la tarea o ir a pasear a un centro comercial un día especialmente estresante suelen ser situaciones ante las cuales es muy probable que aparezca la conducta no deseada. A la hora de planificar las estrategias de autocontrol, es conveniente iniciar el plan evitando las situaciones de alto riesgo para abordar su afrontamiento en la medida en que se van consolidando las nuevas habilidades.

En segundo lugar, hay que *establecer estrategias para afrontar posibles situaciones de alto riesgo que no pueden ser evitadas.* Entre las posibles estrategias que se pueden manejar estarán practicar pensamientos distractores, recordar los objetivos marcados, recordar las ventajas y beneficios que se espera obtener y planificar y ensayar acciones que faciliten el mantenimiento del programa preparando planes utilizando el si... entonces...

Por último, es recomendable *anticipar los fallos o errores en el cumplimiento para ensayar las acciones a seguir* y retomar lo antes posible el proceso. La violación de las normas que se han puesto para desarrollar el cambio, bien no llevando a cabo las tareas propuestas, bien ejecutando las conductas que se desea erradicar, trae consigo unas secuelas que, si no se atajan, incrementan la probabilidad de un abandono definitivo. En esta situación las personas suelen tener pensamientos derrotistas sobre sus capacidades o sobre la eficacia de los métodos, lo que afecta a su motivación. Utilizar estrategias cognitivas que le faciliten reconceptualizar la situación como una oportunidad de aprendizaje, reconocer los factores que han influido para que se diera el fallo y preparar planes para prevenir futuros errores son algunos de los recursos que se pueden practicar antes de que las transgresiones aparezcan.

3.2. Técnicas de autocontrol

Como se ha indicado anteriormente, las estrategias de autocontrol se han clasificado básicamente dependiendo del objetivo elegido como elemento fundamental de cambio. Atendiendo a la secuencia temporal en la que se inscribe cualquier comportamiento, las técnicas se podrían diferenciar según se centren en los antecedentes, la conducta o en los consecuentes (Watson y Tharp, 2007). Así se hablaría de técnicas de planificación ambiental cuando se diseñan procedimientos orientados a modificar los contextos en los que las conductas suceden buscando propiciar nuevas pautas de funcionamiento y reducir las formas de actuar no deseadas. Otro grupo de estrategias tendrían una función más dirigida a las conductas, a la implantación de nuevos hábitos, promoviendo y facilitando el cambio. Por último un grupo de estrategias se centran en programar posibles consecuencias de las conductas en función de su fortalecimiento o debilitación.

3.2.1. *Técnicas centradas en las conductas*

Dentro de este apartado se pueden recoger la estrategia de autoobservación y registro, el entrenamiento en respuesta alternativa y el contrato conductual.

3.2.1.1. Autoobservación y registro

Las personas no pueden llevar a cabo estrategias para controlar y cambiar sus maneras de actuar si antes no son plenamente conscientes de ellas, prestando atención a los aspectos relevantes de su com-

portamiento, a las condiciones en las que se da y a los efectos próximos y lejanos que tiene. A través del proceso de autoobservación se recogen datos de forma sistemática sobre las formas habituales de comportarse, lo que permitirá diseñar con mayor exactitud el plan a seguir.

En este proceso de autoobservación suele ser de gran utilidad alguna modalidad de registro de la conducta, atendiendo a aspectos tales como frecuencia, intensidad o duración de la ocurrencia de ésta, ya que, en ausencia del autorregistro, la observación puede no reflejar fielmente la propia conducta debido a la selectividad de la memoria. Para conductas como ingesta de alimentos, el registro de los alimentos consumidos será de utilidad, así como en el control del hábito de fumar el número de cigarrillos, por ser conductas de alta frecuencia que requieren una atención más continuada. En otras ocasiones, el interés estará dirigido no sólo a la frecuencia, sino a la intensidad de la conducta, utilizándose escalas o indicadores graduados que permitan discriminar con mayor exactitud no tanto el nivel de presencia como el grado de malestar. Este tipo de registro es de utilidad cuando se abordan problemas emocionales como ansiedad o ira o vivencias de dolor como en las cefaleas. Los registros de duración reflejan el tiempo durante el cual la conducta ha estado presente y las situaciones dedicadas a actividades distractivas, como ver la televisión, o a aquellas en que se busca promover el tiempo de estudio o la realización de tareas.

En algunos casos, y dependiendo de la situación evaluada, es conveniente combinar distintos sistemas de registros para obtener una medida más exacta de la experiencia. Así, por ejemplo, en programas dirigidos a controlar el manejo del dolor, como, por ejemplo, las cefaleas, se suele registrar no sólo la frecuencia de los dolores de cabeza, sino también la intensidad y duración del dolor para obtener un perfil más ajustado que sirva de indicador preciso para evaluar la adecuación de las técnicas que se pondrán en práctica. En la tabla 15.2 se recogen algunos ejemplos de las distintas modalidades de registro dependiendo de las conductas observadas.

La técnica de la autoobservación y registro cumple dos funciones básicas: recoger la información necesaria para plantearse criterios de actuación realistas y para evaluar los posibles cambios y ajustes en la actuación; además, puede ser un eficaz motivador para el cambio de conducta. Cuando una persona observa atentamente su actuación, los datos recogidos pueden indicarle en qué medida está progresando hacia la meta, lo que repercutirá favorablemente en su percepción de autoeficacia o en la conveniencia de reajustar el plan cuando el progreso no se da en la medida de lo esperado.

Los efectos de la autoobservación dependen de varios factores, como la proximidad temporal, la regularidad y la valencia de lo registrado. Cuando se diseña el procedimiento de autoobservación y registro, conviene que éste se realice lo más cercano posible a la conducta, frecuentemente, y centrándose especialmente en los éxitos más que en los fracasos, pues la autovigilancia de los éxitos aumenta la conducta deseada, mientras que la observación de los fracasos reduce la motivación.

Las conductas simples, así como los sistemas de registro sencillos, facilitan la ejecución de la tarea y, por tanto, incrementan la probabilidad de su ejecución. Interesa diseñar un sistema de registro que haga posible su incorporación en la rutina cotidiana, de fácil manejo y que esté a mano para su utilización.

Como señalaron Thoresen y Mahoney (1974), las personas no suelen ser buenas observadoras de sus conductas, por lo que es necesario antes de aplicar el proceso de autoobservación y registro llevar a cabo en consulta ensayos que les ayuden a mejorar sus habilidades y favorecer sus registros. Para ello, se puede practicar inicialmente la mecánica del sistema, escogiendo como ejemplo el día anterior a la consulta y ensayando la aplicación del plan desde la mañana hasta la noche. Es aconsejable que antes de iniciar el procedimiento de intervención se mantenga el proceso de autoobservación unos diez días para recoger lo más fielmente el patrón habitual de comportamiento, esperando que se atenúe el efecto que el propio proceso de autoobservación provoca en la conducta observada.

Para mantener el seguimiento de la técnica y que no disminuya su aplicación por el coste inherente que supone, puede servir de ayuda transferir los datos a un gráfico en el que se van recogiendo desde los niveles iniciales de actuación hasta los progresos

TABLA 15.2

Tipo de conflicto y sistemas de registro

Conflicto	Objetivo	Sistema de registro
Hábito de fumar	• Dejar de fumar.	• Número de cigarrillos consumidos.
Compra compulsiva	• Eliminar la conducta de compra compulsiva. • Reducir el nivel de gasto.	• Número de compras realizado. • Cantidades de dinero gastadas.
Procrastinación (postergación de tareas)	• Gestión controlada de realización de tareas.	• Cantidad de tareas realizadas. • Tiempo para empezar a realizar una tarea. • Tiempo emplado en la realización de una tarea.
Problemas de pareja	• Incrementar actividades agradables. • Disminuir discusiones. • Disminuir malestar en la convivencia diaria.	• Frecuencia de conductas agradables. • Frecuencia de discusiones. • Duración de las discusiones. • Duración de la vivencia de malestar.
Tics	• Dejar de tirarse del pelo. • Dejar de morderse las uñas. • Reducir el carraspeo.	• Número de pelos arrancados. • Número de veces que se muerde las uñas. • Duración de la actividad de morderse las uñas. • Número de carraspeos emitidos.
Sobrepeso	• Reducir la ingesta de alimentos hipercalóricos. • Comer más despacio. • Aumentar el ejercicio físico.	• Cantidad de alimentos hipercalóricos consumidos. • Duración del tiempo de las comidas. • Actividades de ejercicio físico realizadas. • Tiempo dedicado al ejercicio físico.

que van teniendo lugar. La visión del gráfico puede tener la doble función de señal recordatoria de la tarea y de elemento reforzante en la medida en que la evolución favorable de los registros muestra el avance hacia la meta y el logro de los objetivos marcados.

3.2.1.2. Entrenamiento en la respuesta alternativa

Esta técnica de autocontrol se centra en entrenar a la persona para que ponga en marcha conductas que interfieren o impiden la aparición de otras. Los comportamientos suelen engarzarse en cadenas de respuestas en las que el eslabón final lo ocupa la conducta no deseable o disfuncional. El objetivo de este entrenamiento es que, una vez identificados los distintos comportamientos que nos llevan a la acción final, la cadena se rompa o se altere estableciendo nuevas pautas o formas de actuación. Así, por ejemplo, en la modificación de los hábitos de alimentación se puede alterar la cadena de la conducta de comer poniendo el cubierto en el plato, una vez metido el trozo de alimento en la boca, y masticar unas quince veces el bocado para después tragar, volver a coger el cubierto, tomar otra porción de comida, meterla en la boca, poner de nuevo el cu-

bierto en el plato y comenzar a masticar. Se consigue así cortar una pauta de comida excesivamente rápida, en la que se da una mínima masticación y que lleva a ingerir cantidades excesivas de alimento al no llegar a sentirse el organismo saciado.

La estrategia de entrenar una respuesta alternativa tiene un papel significativo en el tratamiento de los tics en el proceso diseñado por Azrin y Nun (1977). Los tics son movimientos o vocalizaciones involuntarios, rápidos, recurrentes y estereotipados. Estos autores han desarrollado un paquete de estrategias de intervención, denominado *inversión del hábito,* con las técnicas de entrenamiento en conciencia del hábito y en la práctica de la reacción competitiva como los componentes más importantes. En el entrenamiento en la reacción competitiva se busca una respuesta que no interfiera con las actividades cotidianas, que no llame la atención y que se pondrá en marcha cuando se perciban las primeras señales de inicio del tic, bien porque se inicia la cadena, bien por la vivencia de urgencia de realizarlo. La reacción competitiva se mantendrá durante tres minutos aproximadamente alargando el tiempo si se interrumpe su ejecución o si, al finalizar, se mantiene el impulso de realizar el tic. En la tabla 15.3 se presentan algunos ejemplos de respuestas competitivas para diferentes tics.

Otra de las respuestas alternativas más frecuentemente utilizadas en el entrenamiento en autocontrol es la respuesta de relajación para manejar problemas de ansiedad. Entre las distintas técnicas de relajación disponibles, el entrenamiento en relajación muscular progresiva es una de las más utilizadas por emplear una metodología que ayuda a la persona a discriminar más claramente las señales de tensión y distensión en el propio proceso de aprendizaje, lo que permitirá su aplicación posterior a la vida cotidiana a través de procedimientos específicos, como la relajación condicionada o la relajación diferencial. Esta estrategia será de gran utilidad

TABLA 15.3

Tipos de respuestas competitivas para diferentes tics

Tipo de tics	Respuestas competitivas
Morderse las uñas	• Apretar el puño. • Agarrar con firmeza un objeto.
Movimiento rítmico de las piernas	• Sentado, presionar los pies contra el suelo. • De pie, tensar las rodillas.
Carraspear, tos nerviosa	• Respirar lenta y profundamente por la nariz con la boca cerrada. Espirar el aire lentamente. El flujo de aire no debe parar nada más que brevemente en los cambios correspondientes entre inspiración y espiración.
Arrancarse pelo	• Apretar los puños con fuerza. • Agarrar con firmeza un objeto.
Apretar la mandíbula	• Relajar la mandíbula, manteniendo los dientes separados.
Tamborilear los dedos de la mano sobre la mesa	• Cerrar con firmeza el puño. • Presionar la mano contra la mesa. • Mantener agarrado un objeto.

cuando se exponga a situaciones «tentadoras» en las que se enfrenta a la urgencia o impulso de realizar las conductas que se desea mantener bajo control, como la compra compulsiva, el fumar o la ingesta de determinado tipo de alimentos de alto nivel calórico y poco valor nutritivo.

3.2.1.3. Contrato conductual

Mediante esta estrategia, la persona regula su funcionamiento, estableciendo las normas o reglas que guiarán sus nuevas pautas de comportamiento y las consecuencias que se derivarán de su seguimiento. Como técnica de autocontrol, el contrato conductual es unilateral en el sentido en que es el propio individuo el que se compromete consigo mismo, actuando en este caso el terapeuta como observador o testigo del compromiso. Esta técnica no sólo se centra en la emisión de las conductas, sino que también regula las consecuencias que tendrían que derivarse tanto de su cumplimento como de su trasgresión.

Los contratos pueden ir modificándose, incrementando el criterio de exigencia para facilitar el cumplimiento. Así se puede comprometer inicialmente a reglas más sencillas, por ejemplo hacer cinco comidas al día en intervalos regulares, hacer una pausa de unos dos minutos entre plato y plato, masticar cada bocado 15 veces contando interiormente y tomar una pieza de fruta de postre en la comida y en la cena cinco días en semana, para ir incrementando la dificultad e incorporando nuevas reglas que exijan mayor esfuerzo. En el capítulo sobre técnicas operantes se describen de manera pormenorizada las características fundamentales de esta técnica.

3.2.2. *Técnicas de planificación ambiental*

Este grupo de procedimientos se centra fundamentalmente en alterar el contexto para favorecer o inhibir la aparición de las conductas. En este apartado se incluirán las técnicas de control estimular y las estrategias cognitivas.

3.2.2.1. Técnicas de control estimular

Este grupo de estrategias busca la alteración de los factores que preceden a la conducta y que inciden sobre ella facilitando o inhibiendo su aparición. Según Avia (1984), el control estimular puede implicar:

1. *Restricción física* cuando se impide la puesta en práctica de la conducta no deseada.
2. *Presentar estímulos discriminativos* que incrementen la probabilidad de aparición de la conducta que se desea potenciar o instalar.
3. *Reducir o eliminar estímulos discriminativos* identificados con la presencia de la conducta no deseable para favorecer su desaparición o disminución.
4. *Configurar estímulos que dificulten la emisión de la conducta* que se desea controlar o reducir de tal manera que sea posible emitir otra conducta alternativa o deseable.
5. *Restringir los estímulos discriminativos* ante los cuales se pueda presentar la conducta objeto de control reduciendo su presencia a los contextos previamente establecidos.
6. *Cambiar el medio social* utilizando la presencia o ausencia de otras personas como un medio de influir en el comportamiento.
7. *Alterar las condiciones fisiológicas* para que se reduzcan o se promuevan determinadas conductas relacionadas con estados internos del organismo como el hambre, la saciación, la somnolencia, el cansancio físico o la relajación.

En la tabla 15.4 se presentan algunos ejemplos de aplicación de las distintas estrategias.

El empleo de estas técnicas se suele combinar con otras estrategias en la búsqueda de un cambio estable y duradero. Asimismo en su utilización se suele comenzar manejando los contextos de tal forma que la persona se exponga mínimamente a aquellos estímulos que están fuertemente asociados con la conducta que se desea reducir o eliminar para ir progresivamente fortaleciendo la presencia de las conductas alternativas más deseables a la vez que se

TABLA 15.4

Estrategias de control estimular

Estrategias de control estimular	Ejemplo de aplicación
Restricción física	• Ponerse esparadrapo en los dedos para no tirarse del pelo. • Coger un objeto para no repiquetear con los dedos en la mesa.
Presentar estímulos discriminativos	• Comprar alimentos bajos en calorías. • Llevar lista de la compra. • Llevar fruta o comida de dieta al trabajo. • Tener encima de la mesa exclusivamente el material que se va a trabajar. • Estudiar en la biblioteca.
Reducir o eliminar estímulos discriminativos	• Anular la conexión a Internet durante la semana. • Quitar ceniceros. • No comprar alimentos o bebidas no permitidos. • Dejar en casa las tarjetas de crédito.
Configurar estímulos que dificulten la emisión de la conducta no deseada	• Colocar el paquete de cigarrillos en un lugar de difícil acceso. • Tener foto en bañador pegada en la puerta del frigorífico. • Sentarse en lugares en los que no se permite fumar.
Restringir los estímulos discriminativos	• Comer únicamente a horas establecidas. • Fumar únicamente en lugares previamente establecidos. • Comprar únicamente en efectivo.
Cambiar el medio social	• Quedar con los amigos en lugares en los que no permitan fumar. • Salir a comprar acompañada.
Modificar las condiciones fisiológicas	• Hacer la compra después de comer; comer poco pero muy a menudo. • Restringir los períodos de dormir a un horario establecido (evitar siestas).

entrenan procedimientos que ayudan a enfrentarse y exponerse a estas situaciones más problemáticas y conflictivas. Así, si en el control de gasto y compra compulsiva inicialmente se recomienda no acudir a determinados centros comerciales, limitar el dinero que se lleva encima o anular las tarjetas de crédito, posteriormente se facilitará acudir a los centros comerciales primero con menos dinero para ir incrementándose las cantidades disponibles, con el objetivo de mirar artículos y exponerse a la posibilidad de consumir pero sin llegar a comprar.

3.2.2.2. Estrategias cognitivas

El diálogo que la persona mantiene consigo misma suele tener un papel significativo en sus formas de comportarse. Cuando el deseo de fumar se hace intenso, es probable que la persona fumadora comience a pensar que no tiene importancia echar una calada y que tampoco debe uno exagerar en el control; la persona con problemas a la hora de controlar sus compras valora ante el producto que se merece un premio o un regalo o que es una oferta buenísima

que no puede desaprovechar; el individuo que tiende a postergar las tareas que debe realizar suele favorecer su funcionamiento con pensamientos del tipo: «tengo tiempo de sobra para hacerlo» o «necesito tener un tiempo tranquilo y prolongado para rendir» o «sólo trabajo bien bajo presión, y si no, no rindo».

En el trabajo en autocontrol es recomendable, una vez identificados los procesos de pensamiento que mantiene la persona en relación a su problema, establecer nuevas autoverbalizaciones que guíen la acción hacia las metas propuestas. Para trabajar en esta área son de utilidad estrategias como *la detención de pensamiento,* que ayuda a reconocer y eliminar aquellos pensamientos negativos que pueden bloquear acciones deseables y que generan una respuesta emocional de ira o ansiedad. Otra técnica muy utilizada es el *entrenamiento en autoinstrucciones* (Meichenbaum, 1980).

3.2.3. *Técnicas de programación conductual*

El empleo de las técnicas de autocontrol tiene como reforzador fundamental el logro de los objetivos marcados y las expectativas que de ahí se generan al percibirse la persona como un agente activo en el control del medio, con capacidad para regular su comportamiento. Sin embargo, para llegar a ese punto es necesario poner en marcha y ejercitar nuevos hábitos, a la vez que se eliminan o reducen comportamientos valorados como menos adecuados o poco saludables. Esta dinámica requiere, para que se sostenga y consolide, una planificación cuidadosa de las consecuencias. El manejo de las contingencias puede plasmarse y regularse mediante la fórmula del contrato conductual por escrito, fijando así los criterios a cumplir y las consecuencias, de tal manera que se evite, en la medida de lo posible, la obtención de los reforzadores sin haberse cumplido los criterios marcados. En este grupo de técnicas se encuentran las técnicas de autorreforzamiento y las técnicas de autocastigo.

3.2.3.1. Técnicas de autorreforzamiento

El autorreforzamiento fue una de las primeras técnicas empleadas en el campo del autocontrol. En este contexto se entrena a la persona para que se administre determinado tipo de consecuencias de forma contingente al cumplimiento de una serie de criterios que se ha marcado. En el campo del autorreforzamiento este proceso se suele centrar en que la persona se proporcione consecuencias gratas y placenteras al cumplir la tarea prevista.

Los pasos a seguir en la técnica de autorreforzamiento se ajustan a los que se emplean en cualquier proceso de reforzamiento. En primer lugar se debe elegir un reforzador adecuado, atendiendo a criterios de accesibilidad y cotidianidad. Para muchas personas viajar es un reforzador de gran valor pero bastante restringido por cuestiones económicas o de disponibilidad de tiempo. Para la selección del reforzador se puede manejar el principio de Premack, utilizando cualquier actividad de alta probabilidad para reforzar la conducta de menor probabilidad. Es importante potenciar el autorreforzamiento verbal, elogiándose y valorándose la persona por su funcionamiento, resaltando su esfuerzo y constancia y motivándose para el seguimiento.

La programación del reforzamiento ha de centrarse, inicialmente, en un reforzamiento continuo e inmediato para pasar más adelante a demorado e intermitente. El nivel de reforzamiento es recomendable que se ajuste a los niveles de exigencia y esfuerzo establecidos, obteniéndose más reforzamiento en los niveles de mayor exigencia y esfuerzo. Aunque pudiera parecer que los primeros niveles son los más difíciles por estar más lejana la meta, sin embargo es en las etapas intermedias cuando los costes son mayores, ya que el alcance de algunas de las submetas establecidas puede llevar al relajamiento del control y al abandono de algunas de las prácticas, como, por ejemplo, el registro, con el peligro correspondiente de recaída. En ocasiones ayuda involucrar a amigos o familiares para que refuercen y animen el cumplimiento de los objetivos y la adherencia al procedimiento.

El reforzamiento negativo ha sido mucho menos utilizado en los programas de autocontrol quizás por estar la mayoría de las personas que buscan ayuda inmersas en un contexto de aversividad por sus problemas de autocontrol. Así, por ejemplo, muchas mujeres con sobrepeso, que desean adelgazar, no compran ropa nueva razonando que el hecho de ver que la ropa les sienta mal les servirá de incentivo para regular sus hábitos de comida. Sin embargo, los hechos muestran que los hábitos no se modifican y ellas viven un malestar añadido al verse desarregladas, lo que en ocasiones les lleva a comer más impulsivamente. En algunos programas para el tratamiento de la obesidad se pide a los participantes, al inicio del tratamiento, que depositen una determinada cantidad de dinero que van recuperando a medida que van cumpliendo los objetivos propuestos. Puesto que muchas de las conductas de recaída están relacionadas con vivencias emocionales de angustia, malestar o ansiedad, el uso de procedimientos de escape/evitación se ha centrado especialmente en la técnica de sensibilización encubierta imaginándose la persona una situación aversiva a la que pone fin realizando la conducta deseable.

3.2.3.2. Técnicas de autocastigo

A través de las técnicas de autocastigo se señalan determinadas contingencias aversivas que tendrán lugar si la persona ejecuta la conducta que desea eliminar. Las experiencias aversivas más utilizadas se centran en la restricción de actividades agradables, como leer o ir al cine, o en multas o pérdidas de dinero que se entregan como donaciones anónimas a asociaciones con cuyos objetivos se está en franco desacuerdo. La ingesta voluntaria de sustancias, como el antabús, que si se mezclan con el alcohol provocan una situación física altamente aversiva se ajustaría a este tipo de estrategia de autocastigo.

En el tratamiento de los hábitos nerviosos se suele utilizar como técnica aversiva la práctica negativa, que consiste en la repetición deliberada del tic durante unos segundos y de forma contingente a la realización del hábito, reproduciendo de la forma más precisa posible los movimientos del tic.

La utilización de estrategias como el autocastigo tiene que implicar el empleo de otras técnicas orientadas al reforzamiento y la instalación de los nuevos hábitos. Puesto que mediante el autocastigo la persona no aprende a emitir conductas más deseables, su empleo debe limitarse a períodos concretos, en los que se percibe necesario cortar lo más rápidamente la emisión de la conducta no deseada para que puedan empezar a practicarse las nuevas destrezas.

4. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

El entrenamiento en autocontrol tiene como objetivos proporcionar a la persona recursos para abordar problemas o conflictos relacionados con los hábitos y los estilos de vida. En algunos casos su empleo es preventivo, buscando corregir o superar dificultades o ayudar a conseguir metas o logros en un marco psicoeducacional que tiene como base potenciar el funcionamiento autónomo del individuo. En otras ocasiones se utiliza junto con otras técnicas para abordar graves trastornos médicos o psicológicos. Las publicaciones sobre este tema en el ámbito educacional, deportivo, escolar, empresarial, médico o clínico son cada vez numerosas. En los siguientes apartados se presentarán las estrategias aplicadas a tres áreas diferentes: la procrastinación o aplazamiento continuado de la realización de tareas u obligaciones, la compra compulsiva y el gasto descontrolado y la conflictividad en las relaciones de pareja.

4.1. La procrastinación o aplazamiento continuado de la realización de tareas u obligaciones

La procrastinación hace referencia a un patrón de funcionamiento en el que la persona tiende a retrasar voluntariamente el inicio o la finalización de tareas u obligaciones. Las tareas son valoradas como abrumadoras, desafiantes, difíciles o aburridas, es decir, estresantes. En su lugar, la persona se compromete en otras tareas que pueden ser más agradables o me-

nos agobiantes. Pensamientos del tipo: «hay tiempo de sobra» o «para rendir necesito disponer de varias horas seguidas» o «trabajo mejor bajo presión» serían algunas de las ideas que facilitan el aplazamiento y la postergación hasta que teóricamente se den las condiciones idóneas. Sólo cuando los plazos se agotan y el malestar por la presión se incrementa, se plantea el ponerse a la tarea como una forma de escape. Esta forma de funcionar se consideraría disfuncional cuando su alta frecuencia empieza a afectar de manera significativa a la vida cotidiana generando altos niveles de malestar. Los datos existentes muestran una estrecha relación entre la procrastinación y altos niveles de estrés y ansiedad con consecuencias negativas sobre la salud (Steel, 2007).

Las estrategias de autocontrol propuestas para abordar la procrastinación irían dirigidas a planificar las tareas, organizar el tiempo y trabajar los aspectos cognitivos fundamentalmente (Burka y Yuen, 2004). Entre los pasos recomendados estarían:

1. Hacer una lista de las actividades que se tienen que realizar, priorizándolas por fecha de entrega.
2. Planificar un tiempo de trabajo fijo, al principio más breve para ir progresivamente ampliándolo.
3. Estructurar las tareas a realizar en pequeños pasos e ir marcando plazos realistas de cumplimiento. Hacer inicialmente estimaciones generosas del tiempo que se necesitará para combatir un posible exceso de autoconfianza. Establecer objetivos concretos de trabajo a realizar en cada plazo marcado. Poner por escrito las tareas a realizar con el desglose de actividades especificado y colocarlas en un lugar visible.
4. Cambiar expectativas. Buscar estrategias de pensamiento más funcionales afrontando los pensamientos negativos y las creencias poco realistas y disfuncionales relacionadas con la procrastinación.
5. Planificar y pensar en gratificaciones y refuerzos tras el cumplimiento de las metas establecidas. Marcar en la lista de tareas las actividades a medida que se vayan haciendo.
6. Inicialmente comenzar a trabajar en un contexto en el que las distracciones sean mínimas, en que no haya conexión a Internet ni interrupciones.

4.2. La compra compulsiva y el gasto desmesurado

Algunas personas sienten el deseo irrefrenable de adquirir objetos en la mayoría de los casos innecesarios e incluso repetitivos. Aparece un estado de ansiedad o irritación que sólo se calma cuando se ha satisfecho la compra. Una vez hecha la compra, se experimenta una sensación de alivio seguida, posteriormente, de intensos sentimientos de culpa. Se compran cosas que, nada más ser adquiridas, pierden interés, tirándose muchos de los artículos comprados, regalándolos o escondiéndolos. Las personas con este problema suelen tener un alto nivel de endeudamiento por el nivel de gasto, lo que acarrea a su vez graves perjuicios personales y/o familiares. Según un estudio impulsado por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en coordinación con otras entidades regionales de Gran Bretaña e Italia y dirigido por Javier Garcés, un 33 por 100 de la población adulta (32 por 100 de los hombres y 34 por 100 de las mujeres) tiene problemas de adicción a la compra, de compra impulsiva y de falta de control del gasto; un 18 por 100 de ellos de forma moderada; un 15 por 100 presenta un nivel importante de adicción y un 3 por 100 llega a niveles que pueden considerarse patológicos (Garcés, 1999a).

Gómez-Peña et al. (2005) presentan el tratamiento de una mujer de 59 años con un problema de compra compulsiva. Se fijaron como metas de tratamiento la eliminación de los episodios de compra compulsiva, la prevención de recaídas y la mejora de la relación de pareja. Entre las estrategias utilizadas se incluyó la autoobservación y registro de los gastos y las compras efectuadas, pautas de control estimular, limitándose el acceso a las cuentas y tarjetas de crédito y la cantidad de dinero diario disponible, junto con la evitación de lugares y situaciones de riesgo que le inducían a comprar. Las pautas de control estimular se fueron atenuando a medida que la pacien-

te cumplía los objetivos marcados. Posteriormente se llevó a cabo un plan de exposición en vivo para afrontar situaciones de riesgo, así como la prevención de recaídas, valorando distintas alternativas de afrontamiento en caso de que se presentasen deseos de compra compulsiva. El tratamiento se aplicó durante 23 sesiones, alcanzándose los objetivos marcados y manteniéndose los cambios al mes y a los tres meses de seguimiento.

Garcés (1999b), en su manual de autoayuda para la adicción al consumo, recoge distintas estrategias de autocontrol para que las personas controlen sus comportamientos compulsivos y regulen sus gastos. El texto proporciona información con el objetivo de prevenir, diagnosticar y abordar los diversos problemas relacionados con los hábitos de consumo y de gasto. Presenta una escala de adicción a las compras para la autoevaluación de la adicción, así como sugerencias y guías para eliminar hábitos de consumo inadecuados y establecer nuevas pautas de actuación.

4.3. Autorregulación en la terapia de pareja

Los problemas en la relación de pareja son una de las principales fuentes de infelicidad, ansiedad y depresión. En su convivencia, todas las parejas se van a enfrentar a una serie de problemas, conflictos que resolver y discrepancias que afrontar. En algunas relaciones, las parejas se instalan con facilidad en un enfrentamiento continuado, al partir de la idea de que el fin del conflicto pasa por el cambio del «otro», ya que es «la causa de que las cosas no funcionen». En estos contextos las amenazas, los reproches o «los silencios» forman parte cotidiana de la vida en común. La convivencia se carga de críticas, enfados y riñas, y se abandonan las dinámicas de afecto, amor y cuidado.

Halford (2001) presenta un modelo de trabajo para parejas basado en la autorregulación y el autocontrol en el que el objetivo es que la persona focalice la atención para cambiar sus pensamientos, comportamientos y afectos para aumentar su satisfacción personal con la relación. Se busca potenciar a la persona para que cambie su relación. El objetivo es cambiar la relación partiendo del cambio personal.

En este proceso se trabajan las siguientes competencias:

1. *Autovaloración:* se precisan con exactitud las debilidades y fortalezas de las formas de actuar propias y de la pareja en momentos específicos, detallando las acciones, pensamientos y emociones presentes. Se analizan, sin culpa ni hostilidad, los factores contextuales y situaciones estresantes y las dificultades personales que pueden facilitar o promover determinadas pautas propias o de la pareja. Por ejemplo, evaluar situaciones de discusión identificando el funcionamiento personal que ha podido ayudar o perjudicar en la interacción.
2. *Marcar objetivos personales:* se definen acciones específicas que la persona puede llevar a cabo para promover un funcionamiento en la pareja más satisfactorio. Siguiendo con el ejemplo de las discusiones, la persona establece qué nuevas pautas de comunicación va a potenciar, cómo va a responder a determinados comentarios de su pareja o qué tipo de pensamientos va a modificar o cambiar.
3. *Planificar el cambio:* se detalla de manera precisa cómo se va a actuar para alcanzar los objetivos marcados. Se ensayan las nuevas formas de actuar y se busca el momento mejor para mantener un diálogo con la pareja en el que se pongan en práctica los nuevos comportamientos.
4. *Autoevaluación de los esfuerzos de cambio:* se valora la tarea respecto a su adecuación en relación a los objetivos y se planifican posibles ajustes o modificaciones si fuese necesario.

5. EJEMPLO DE APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUTOCONTROL

Ana, de 22 años de edad, acude a consulta por un problema de tricotilomanía y tricofagia. Se arranca

el pelo y posteriormente se come la raíz. Su cabeza tiene numerosas zonas sin pelo, por lo que en el último año sale siempre a la calle con peluca. Su problema le limita la vida, ya que está pendiente del comportamiento de los demás, si miran o no su cabeza y si en los locales hay mucha luz y puede hacerse más notorio que lleva peluca. Se arranca el pelo desde los 10 años, pero no acude al médico hasta los 18. Se le receta una medicación que no toma. Por consejo de un amigo se rapa el pelo en un intento de control de la conducta, pero no soporta verse así y está sin salir de casa hasta que le crece. Antes, para salir a la calle, dedicaba alrededor de una hora a colocarse el pelo intentando cubrir las calvas. Una amiga le aconsejó comprarse la peluca y desde entonces siempre que sale a la calle se la pone. Actualmente pasa muchas horas en casa, ya que al terminar los estudios en el instituto se apuntó a una academia pero la ha abandonado. Piensa que su problema no le permite centrarse en planear su futuro.

5.1. Evaluación clínica

Se le proporcionó a la paciente unas hojas de registro en las que anotó el día y hora, lugar y actividad, lo que sucede antes de que empiece la conducta de arrancarse el pelo, el estado de ánimo, el tiempo en el que está arrancándose el pelo y el número de pelos arrancados, que se guardan en un sobre. Los datos recogidos durante dos semanas reflejan que el número de pelos arrancados en un día es muy variable, oscilando entre 0 y 400 pelos. Puede estar dedicada a arrancarse pelos desde segundos hasta cinco horas. La forma de hacerlo es siempre la misma: la mano se dirige automáticamente a la cabeza, no juega con el pelo ni parece que haya un acercamiento progresivo; se arranca el pelo de uno en uno, con la mano derecha, utilizando tres dedos (pulgar, índice y corazón). Posteriormente se lleva el pelo a la boca, mordisquea la raíz y lo tira.

La conducta sólo se emite en casa y estando sola, situación de muy alta probabilidad puesto que en la actualidad no tiene ninguna ocupación. Los lugares más frecuentes son su habitación, el baño y el salón. Las actividades con las que está más asociada son: ver la televisión, leer, mirarse en el espejo la cabeza y estar depilándose las cejas con las pinzas. El estado emocional más relacionado con la conducta problema es la inquietud y el nerviosismo. Al arrancarse el pelo experimenta una sensación de alivio, aunque no siempre ocurre así.

5.2. Puesta en práctica del entrenamiento en autocontrol

En la tabla 15.5 se recogen las principales técnicas utilizadas para la eliminación del hábito de arrancarse compulsivamente el pelo. El tratamiento se llevó a cabo durante 16 sesiones con una periodicidad inicial semanal y las tres últimas quincenal. Se trabajó especialmente la motivación y las recaídas. La paciente temía que por haberse arrancado durante tanto tiempo el pelo, éste no volviera a salir y lo que estaba haciendo no sirviera para tener una melena larga y bonita; esto la desmotivaba y provocaba episodios de arranque de pelo compulsivos. Se preparó una tabla reflejando los inconvenientes del hábito y los beneficios que se obtendrían al superarlo y se le recomendó que la mantuviera visible y la releyera en los momento de desánimo y dificultad. Se planificó un programa de autorreforzamiento para apoyar sus esfuerzos de control y su adherencia al tratamiento. Se buscó una actividad que le permitiera estar más horas fuera de casa apuntándose en un centro de dibujo y en unas clases ofrecidas por los servicios del ayuntamiento de su ciudad.

Varias sesiones se dedicaron especialmente a manejar las situaciones de arrancarse el pelo compulsivamente, ya que la paciente en sus registros seguía mostrando el patrón irregular con días en los que no se arrancaba pelo y otros con períodos compulsivos. La evaluación de los momentos compulsivos reflejaba el no seguimiento en ese momento de las instrucciones por haberse quitado el esparadrapo para limpiar o estar en el baño tras la ducha sin el gorro. La paciente informa de su dificultad para parar una vez que ha empezado a arrancarse el pelo. Se ensayaron en la consulta las pautas a seguir, qué puede decirse, las tareas a realizar y las alternativas

TABLA 15.5

Objetivos y estrategias de intervención

Objetivos	Estrategias de intervención	Ejemplos de aplicación
• Incrementar la conciencia. • Evaluar la práctica.	• Autoobservación y registro.	• Hoja de registro.
• Disminuir la conducta de arrancarse el pelo.	• Control de estímulos. • Entrenamiento en respuesta alternativa.	• Esparadrapos en los dedos. • Gorro o pañuelo en la cabeza. • Esconder pinzas depilación. • Buscar actividad fuera de casa.
• Eliminar pensamientos relacionados con el hábito.	• Detención de pensamiento. • Reestructuración cognitiva.	• «No sé si yo estoy hecha para este tratamiento». • «Soy vaga, poco constante». • «Sueño que ya tengo el pelo largo».
• Interrumpir la conducta de arrancarse el pelo.	• Inversión del hábito.	• Para arrancarse el pelo: apretar los puños, sujetar fuertemente un objeto (libro, muñeco antiestrés). • Para mordisquear la raíz: apretar la mandíbula.
• Disminuir los estados de ansiedad.	• Entrenamiento en relajación.	• Entrenamiento en relajación muscular.

que puede tener. Se hicieron representaciones de distintas situaciones vividas de descontrol y los distintos momentos de corte posibles que ella planteaba y ejecutaba.

En el seguimiento al mes y a los tres meses de la finalización del tratamiento, la paciente seguía sin arrancarse el pelo, empezando a cubrirse las calvas, lo que le generaba una gran satisfacción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Bornas, X. (2005): *Autocontrol y estilos de vida saludables. Versión electrónica.* Bogotá: PSICOM Editores.

Manual orientado a la autoaplicación, presenta, minuciosa y detalladamente, las claves fundamentales de un entrenamiento en autocontrol para que la persona se diseñe su propio plan atendiendo a sus dificultades personales.

Díaz García, M. I., Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (1993). Técnicas de autocontrol. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (comps.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

En este capítulo se presentan de forma clara y concisa los procedimientos de autocontrol recogiendo los puntos significativos de cada una de las técnicas y apoyándose en ejemplos precisos para su mejor comprensión.

Labrador, F. J. (2000). *¿Voluntad o autocontrol? Como ser lo que quieres ser.* Madrid: Temas de Hoy.

El texto presenta de forma sencilla y amena los aspectos relevantes que suelen estar presentes cuando se manejan las cuestiones de autocontrol, proporcionando ejemplos específicos de su aplicación en diferentes áreas.

Olivares Rodríguez, J., Méndez Carrillo, F. X. y Lozano Barrancos, M. (1998). Técnicas de autocontrol. En J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Revisión de los procedimientos de autocontrol en el marco de la modificación de conducta, exponiendo de forma pedagógica las distintas fases de aplicación, las técnicas que se emplean, así como ejemplos de su uso.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La clave distintiva del autocontrol, frente a otros procesos de autorregulación, sería:

   a) Que el individuo gestiona autónomamente su conducta.
   b) Se produce un conflicto de intereses.
   c) Que es resultado de un aprendizaje.

2. En términos generales se podría decir que mediante el autocontrol:

   a) La persona se hace menos dependiente de los efectos a corto plazo.
   b) Aprende a dejar de emitir conductas.
   c) Se controlan fundamentalmente emociones.

3. Según Kanfer, la fase en la que se confrontaría la expectativa establecida con la realidad correspondería a la:

   a) Autoevaluación.
   b) Autoobservación.
   c) Autorreforzamiento.

4. El concepto de autoeficacia de Bandura hace referencia a:

   a) Creencias de las personas sobre la eficacia de las acciones.
   b) Creencias de las personas sobre sus capacidades.
   c) Un constructo que se desarrolla en las primeras etapas de la vida.

5. Las funciones básicas del proceso de autoobservación y registro son:

   a) Motivar y prevenir recaídas.
   b) Afianzar el compromiso e informar.
   c) Informar y motivar.

6. Las estrategias de programación conductual se centran fundamentalmente en:

   a) Planificar cambios en la conducta a emitir.
   b) Modificar los antecedentes de las conductas.
   c) Planificar los consecuentes de las acciones a seguir.

7. El papel del terapeuta en un entrenamiento en autocontrol:

   a) Es más relevante al inicio.
   b) Se mantiene igual a lo largo del entrenamiento.
   c) No tiene ningún papel.

8. Con las técnicas de control estimular:

   a) La persona aprende qué estímulos deberá evitar, en el futuro.
   b) La exposición a las situaciones de alto riesgo es mínima al principio para posteriormente ir incrementándose.
   c) Se busca implantar nuevos hábitos de conducta.

9. En la procrastinación, el aplazamiento de las tareas:

   a) Se da porque la persona se compromete en tareas más gratificantes.

b) Se podría entender como una mala gestión del tiempo.
c) Se explica por claves de escape-evitación.

10. Si se compara la propuesta de Haldford de la aplicación de estrategias de autocontrol con el modelo de autocontrol de Kanfer, la autovaloración correspondería a:

a) La autoobservación de conductas.
b) La autoevaluación.
c) La expectativa de autoeficacia.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	a	a	b	c	c	a	b	c	a

Técnicas de modelado 16

JUAN ANTONIO CRUZADO

1. INTRODUCCIÓN

El *modelado* es un proceso de aprendizaje a través de la observación de la conducta de una o varias personas. El procedimiento básico del modelado es sencillo; consiste en que la persona observe a otros modelos en vivo o filmados que exhiben los comportamientos adecuados que él debería adoptar (Perry y Furukawa, 1986; Cormier y Cormier, 1994). De hecho, la mayor parte de la conducta humana se adquiere por aprendizaje observacional (Bandura, 1968, 1988), a través del cual se pueden adquirir repertorios de conductas nuevas, aprender o cambiar el valor de los reforzadores (Greer, Dudkek y Gautreaux, 2006), modificar la conducta, la activación emocional y fisiológica, así como las actitudes.

El modelado es información procesada por medio de operaciones simbólicas, más que el aprendizaje de respuestas motoras imitativas o actos simples; por eso Rosenthal y Bandura (1978) y Rosenthal y Steffeck (1991) definen al modelo «como un conjunto estimular tan organizado que un observador pueda extraer y obrar sobre la información principal aportada por los sucesos ambientales sin necesitar llevarla a cabo de forma manifiesta».

El modelado puede utilizarse para las siguientes funciones:

a) *Adquisición de nuevos repertorios* de conductas o habilidades, tales como el lenguaje, conductas de autocuidado (lavarse, vestirse), habilidades de interacción social, de afrontamiento ante el estrés entre otras.
b) *Inhibición o desinhibición de conductas* ya adquiridas. El modelado se aplica en los casos en los que la ansiedad inhibe conductas de acercamiento a las situaciones temidas; el modelado desinhibe las conductas de aproximación y extingue el miedo. Otras aplicaciones tienen el objetivo de inhibir o eliminar conductas inadaptadas mediante la exposición de modelos que reciben consecuencias negativas tras dichos comportamientos.
c) *Facilitación de conductas,* como es el caso de avisos, anuncios. Los mensajes publicitarios acerca de someterse a pruebas de prevención de cáncer de mama o el uso de preservativos tienen efectos positivos para inducir dichas conductas.
d) *Incremento de la estimulación ambiental.* La conducta de los modelos puede servir para aumentar la atención de los observadores a sucesos concretos, o exponerse a situaciones que inducen conductas similares. Si se muestra un modelo de éxito deportivo a unos estudiantes, es posible que reclamen más información sobre ese deporte.
e) *Cambios en activación emocional y valencia afectiva.* La observación de modelos que exhiben respuestas emocionales promueve emociones similares en el observador (como se puede observar en las caras de las perso-

nas que observan una película de terror). La asociación vicaria de estas respuestas emocionales con situaciones neutras puede hacer que dichas reacciones emocionales queden vinculadas a ellas. Asimismo, el modelado es útil para aumentar o disminuir el valor reforzante de estímulos ambientales.

2. FACTORES QUE AFECTAN AL MODELADO

En el aprendizaje mediante modelado se deben distinguir las variables que afectan a la adquisición de los patrones de respuesta de las que afectan a la actuación de las conductas aprendidas por parte del observador. Tal como expone Bandura (1968, 1988), el modelado supone los siguientes subprocesos:

a) La atención a las conductas del modelo.
b) La retención en la memoria de las acciones observadas.
c) La reproducción para mejorar la calidad de la actuación.
d) Motivación para emitir los patrones de conducta adquiridos en las situaciones apropiadas.

2.1. Factores que afectan a la adquisición

2.1.1. *Proceso de atención*

El entrenamiento de una habilidad mediante modelado requiere *atención* a los aspectos concretos de la conducta del modelo que se quieren enseñar. Para ello se ha de diseñar la exhibición del modelo de forma que los contenidos de la conducta aparezcan de forma saliente, clara y discriminable. Asimismo, se ha de proceder ajustando el *nivel de complejidad* de las presentaciones al nivel de habilidad del observador, fragmentando la conducta que trata de entrenarse en segmentos, procediendo de los actos más sencillos a los más difíciles.

Se aprende mejor si la exhibición contiene componentes que ya han sido entrenados, son *sencillos* y se presenta la secuencia *despacio*; *si se exagera la conducta* (por ejemplo, si se quiere enseñar a imitar sonidos silábicos, exagerar la posición de la boca), y se utilizan *estímulos reforzantes o señalizadores* asociados a la presentación del modelo (enseñar un caramelo al niño y acercarlo a la boca en el momento de producir el sonido).

Se han de dar *instrucciones específicas* de los aspectos básicos en que se ha de fijar el sujeto durante la exhibición. El modelado masivo sin guía sobrecarga al sujeto con una información que puede entender incorrectamente, conduciendo a errores.

Es importante subrayar la *utilidad funcional* para el sujeto de la conducta que está siendo entrenada. Asimismo, se ha de aplicar *reforzamiento contingente al mantenimiento de la atención.*

La atención sostenida no puede mantenerse durante tiempos muy largos, por lo que es más adecuado realizar *presentaciones cortas* del modelo (de uno a diez minutos), que han de repetirse varias veces.

Es importante que el sujeto haga una *observación activa* durante la presentación. Tal como han señalado Webster-Stratton (1987) y Kubany y Slogget (1987) en la aplicación del modelado para el entrenamiento de padres y maestros, el que éstos permanezcan observando de forma pasiva disminuye la eficacia de la técnica. Hacer que codifiquen en hojas de registro las respuestas de los modelos y pedir a los sujetos que señalen y describan las conductas mejoran los resultados al aumentar tanto la atención como la retención de las observaciones.

2.1.2. *Características del modelo*

Los modelos que son más efectivamente imitados son aquellos que:

1. *Son parecidos o similares* al observador en sexo, edad, actitudes y otras características. Sin embargo, no es lo mismo similar que idéntico; grupos demasiado homogéneos limitan la generalidad. Se han de señalar al cliente las similitudes que tiene con los modelos.

2. Tienen *prestigio* para el observador, sin que sea de un estatus tan superior al sujeto que le parezca inalcanzable su conducta. El observar que el modelo recibe refuerzos sirve para aumentar el atractivo de éste y centrar la atención del sujeto.
3. El modelo ha de *mostrar eficacia* al realizar la conducta objetiva. Lo más acertado es que muestre un nivel de habilidad uno o dos pasos por encima del observador o que empiece desde el mismo nivel del sujeto y progresivamente mejore.
4. El modelo es más eficaz si tiene *valor afectivo* para el observador. Si el modelo ha interactuado o reforzado al observador, se optimizarán los efectos de la técnica.

2.1.3. *Características del observador*

Las habilidades que han de ser modeladas han de presentarse de forma ajustada a las capacidades de procesamiento y competencias previas del observador, que han de ser evaluadas previamente. Para enseñar a un niño con un trastorno autista el lenguaje mediante imitación, hay que entrenarle previamente para que preste atención adecuada, luego conductas imitativas motoras simples y más tarde sonidos silábicos antes de que sea capaz de imitar palabras. Si el niño presenta un déficit atencional, habrá que simplificar la presentación estimular, minimizar las distracciones y ofrecer comentarios de la secuencia del modelo. En un caso de retraso mental pueden ser necesarias presentaciones repetidas. Si el sujeto está tomando medicación, puede estar reducida su capacidad de procesamiento, lo que también debe ser tenido en cuenta. El sujeto ha de percibir que los acontecimientos modelados le son útiles para sus actividades de la vida diaria.

En general, en situaciones nuevas o en aquellas en que el sujeto ha tenido errores anteriores y en las que los observadores manifiestan incertidumbre o inseguridad acerca de cuáles son los comportamientos adecuados, se tiende a imitar la conducta de otros. Crear dudas acerca de cuál es el modo de comportamiento idóneo en una situación y pedir después que el sujeto observe la conducta del modelo y sus consecuencias sirven para centrar la atención del sujeto.

Los niveles de ansiedad del sujeto son importantes para determinar la atención y retención de las conductas modeladas. Si se produce un nivel alto de ansiedad interferirá con el aprendizaje y será necesario aplicar técnicas de relajación previamente.

2.1.4. *Métodos de presentación del modelado*

La presentación *en vivo* del modelo tiene la ventaja de que hace más fácil focalizar y sostener mejor la atención, y se puede simplificar o hacer variaciones de forma rápida. No obstante, presenta el problema de que la conducta del modelo y las circunstancias no pueden predecirse de forma exacta.

Los *modelos filmados en vídeo o películas,* presentan la ventaja de que se puede controlar su repetición varias veces y hacer más salientes las características básicas, así como facilitar la aplicación grupal. En casos en que han de modelarse comportamientos apropiados para hacer frente a la hospitalización o entrenar a padres o maestros en estrategias educativas, el vídeo permite dar información y mostrar situaciones muy diversas que no podrían ser modeladas de forma directa, al igual que sucedería si se quiere entrenar conductas de interacción sexual. De forma similar se han utilizado caracteres imaginarios que se han utilizado eficazmente del tipo:

a) Marionetas o muñecos.
b) Dibujos animados.
c) Dibujos en forma de tebeo.

Otro modo alternativo es la *presentación verbal* de los modelos, mediante instrucciones acerca de los comportamientos adecuados que han de seguir los clientes.

Por último, cabe también presentar el modelo de forma *encubierta* (Cautela, 1976), en la que el terapeuta describe e instruye al cliente a observar la situación de aprendizaje y los comportamientos

adecuados a dicha situación. Se puede hacer que el cliente imagine vívidamente que otra persona, el modelo, realiza dichas conductas. La técnica también incluye que el sujeto se imagine a sí mismo llevando a cabo con éxito dichas conductas.

El presentar *modelos múltiples* es un procedimiento que puede promover la generalización de los efectos del entrenamiento, ya que muestra cómo distintas personas pueden realizar dichas conductas con éxito; además exhibirán formas variadas de realizar las habilidades entrenadas, lo que demuestra posibles alternativas de respuesta, al mismo tiempo que prueba la idoneidad y generalidad de la eficacia de dichas conductas. Por otro lado, la aplicación en grupo queda facilitada, ya que, al presentar varios modelos, se hace más probable que alguno de ellos sea similar a cada uno de los miembros del grupo.

Los modelos de *afrontamiento* son más eficaces que los de *maestría.* El modelo de afrontamiento es aquel que en principio, ante las dificultades a que ha de hacer frente, muestra la misma competencia que el observador y mejora gradualmente hasta obtener los resultados deseados. El modelo puede mostrar, brevemente, autoverbalizaciones que reflejan cierta inseguridad y ansiedad (mediante una voz de fondo en el vídeo) o respuestas de ansiedad o falta de confianza, que se ven sustituidas por autoinstrucciones que guían la acción positivamente (modelado cognitivo) y la aplicación de estrategias (por ejemplo, relajación, respiración) que controlan la ansiedad, así como la emisión de conductas correctas que obtienen el fin deseado.

El *modelado contrastado,* en el que se exponen escenas que ejemplifican las conductas adecuadas y otras en las que aparecen ejemplos de comportamientos inadecuados en la misma situación. En las secuencias deben aparecer los efectos diferentes que tienen los comportamientos adecuados y los inadecuados. El terapeuta, tras la exposición, debe pedir a los observadores que describan las conductas observadas y los resultados obtenidos a través de ellas. Por ejemplo, en un programa de entrenamiento de padres en técnicas educativas, se pretende enseñarles estrategias adecuadas para mejorar el tiempo dedicado al estudio por los niños. Se puede ilustrar los efectos de:

a) Un modelo que utiliza amenazas y castigo.
b) Un modelo pasivo.
c) Un modelo que utiliza reforzamiento positivo contingente a la conducta adecuada.

Si se tratase de entrenar comportamientos asertivos, sería útil exponer modelos agresivos y pasivos frente al modelo adecuado para ilustrar la diferencia entre estos patrones de conducta.

2.1.5. *Procesos de retención*

Con la finalidad de mejorar la retención, se deben dar *instrucciones precisas* de los aspectos que han de ser observados, haciendo énfasis en los más esenciales y en las reglas que guían la conducta. Tal como señala Bandura, los observadores que transforman las habilidades modeladas en códigos verbales concisos aprenden y retienen mejor que los que se limitan a mirar. Por ello, tras la exposición del modelo, se ha de pedir al cliente que resuma lo acontecido y los resultados de la conducta modelada, las reglas básicas del comportamiento que está siendo entrenado, así como hacer que indique otros ejemplos alternativos de conducta que serían igualmente válidos siguiendo los principios que están siendo modelados, para asegurar la comprensión y el aprendizaje de reglas.

La *práctica* del material entrenado es un elemento fundamental para la retención de lo aprendido. La práctica real tras la exposición al modelo es el método más común, aunque también es eficaz la práctica cognitiva, que supone repetir mentalmente las secuencias de conducta aprendidas. Las conductas complejas se benefician más de esta repetición que los actos sencillos (Bandura, 1988). Por otro lado, la *repetición cognitiva* mejora la percepción de autoeficacia del sujeto, disminuye las dudas acerca de la actuación propia y hace que el sujeto persista en los esfuerzos para llevar a cabo con éxito la tarea. Por último, el ensayo cognitivo es efectivo para disminuir posibles respuestas de ansiedad ante las situaciones y conductas que están siendo modeladas. Una de las principales ventajas de la práctica imaginada reside es que es fácilmente accesible al sujeto y se pue-

de realizar en cualquier momento; por ejemplo, un deportista que espera su turno de competición puede aprovechar este intervalo temporal para ensayar cognitivamente las conductas que ha de realizar.

2.2. Factores que aumentan la actuación

Las habilidades complejas han de entrenarse de forma gradual, comenzando con los subcomponentes básicos o actos sencillos y siguiendo a niveles complejos. Por ejemplo, en el entrenamiento en habilidades sociales conversacionales cabe entrenar aspectos no verbales: contacto visual, tono de voz, movimientos...; aspectos relativos al inicio de una conversación, mantenimiento de tópicos, etc. La adquisición de cada uno de los componentes, así como del repertorio completo, estará más consolidada y será de mayor calidad cuanto mayor sea la práctica.

En principio, cuanta más compleja sea la habilidad, con mayor probabilidad las actuaciones iniciales del sujeto contendrán errores. El feedback correctivo y el reensayo deberán practicarse para eliminar dichos errores. Para ello, además de utilizarse las observaciones del propio terapeuta u otros, pueden emplearse filmaciones de vídeo o grabaciones en cintas magnetofónicas. El feedback para ser eficaz ha de seguir las siguientes reglas:

1. Debe aplicarse de forma *lo más inmediata posible* a la ejecución de la conducta.
2. *Debe referirse de forma clara y específica a los componentes que están siendo entrenados* o han sido entrenados en sesiones anteriores, no ha de hacer referencia a conductas incorrectas que no han sido objeto de tratamiento. La simple reproducción de las acciones del sujeto, o la simple indicación en términos globales de lo acertado o no de su conducta, no es eficaz para disminuir los errores.
3. Debe comenzar indicando *las conductas o componentes que son correctos o muestran mejorías* sobre ensayos anteriores, acompañado de reforzamiento positivo, para después señalar los aspectos que han sido negativos y siempre *explicar cómo pueden mejorarse.* Es útil elaborar una gráfica en la que se muestren las mejorías de unos ensayos a otros.
4. En un entrenamiento grupal el feedback de sus miembros puede ser muy útil, siempre que el terapeuta instruya bien a los sujetos a referirse a conductas específicas y dar feedback de tipo positivo y sugerencias de cómo se podrían mejorar determinados aspectos, en lugar de ofrecer valoraciones negativas.

Dado que las primeras actuaciones pueden ser más difíciles, el terapeuta puede ofrecer ayudas o guías que faciliten las respuestas adecuadas al sujeto. Por ejemplo, si se quiere entrenar el volumen de voz durante una charla, el terapeuta puede colocarse tras el interlocutor del sujeto de tal forma que sea visible y hacerle señas cuando sea preciso. En el entrenamiento asertivo, si el sujeto vacila al responder, el terapeuta puede apuntarle al oído una respuesta adecuada. Estas ayudas han de desvanecerse paulatinamente hasta que el sujeto sea capaz de realizar las conductas por sí solo.

2.3. Refuerzos e incentivos para la actuación

Las consecuencias de las conductas del modelo influyen de forma efectiva en el comportamiento del observador. Puede darse aprendizaje a partir de la observación de modelos de conducta sin consecuencias; esto ocurre particularmente con conductas sencillas o poco problemáticas. Cuando se quiere entrenar conductas difíciles o que requieren la renuncia de reforzadores inmediatos, es necesario establecer incentivos para el modelo. Estos *incentivos vicarios* pueden ser extrínsecos, ya sean tangibles (comidas, juguetes, dinero, etc.), sociales o de actividad, igual que los refuerzos directos. Se pueden obtener efectos similares haciendo que el modelo se autorrefuerze positivamente, ya sea de forma material o verbal-simbólica. La aplicación del *autorreforzamiento* tiene la ventaja adicional de enseñar autocontrol al observador.

Si se desea reducir una conducta de forma vicaria, se pueden programar castigos o sanciones para las conductas inadaptadas del modelo. Si las consecuencias negativas son leves o se aplican de forma infrecuente, el método no será efectivo, pues los sujetos aprenderán a ejercer la conducta desadaptativa en las ocasiones en que no estén presentes los agentes sancionadores. Para ser efectivo habrá que aplicar el castigo con alta intensidad en todos los ejemplos de conducta y al mismo tiempo modelar conductas adecuadas alternativas para obtener el reforzamiento. Se debe tener en cuenta que la disuasión mediante el castigo vicario de conductas para las que el observador recibe reforzamiento no es efectiva. Otro problema que presenta el castigo vicario es que al ser aplicado hace que los observadores atiendan a la conducta emitida, con lo cual se favorece su adquisición. Además, cuando los modelos realizan conductas que habitualmente han ido seguidas de consecuencias negativas para el observador, sin que suceda ninguna de ellas, se produce un efecto desinhibidor de esas conductas, que aumentan en frecuencia.

2.3.1. *Refuerzo vicario*

El ***refuerzo vicario*** tiene las siguientes funciones:

a) *Informativa.* Las secuencias modeladas ofrecen información sobre las conductas que tendrán éxito y las que no ante determinadas situaciones.
b) *Motivacional.* La observación de las recompensas obtenidas por otros establece incentivos para la ejecución de dichas conductas. Los refuerzos han de ser atractivos para el sujeto, y han de administrarse de forma intermitente o parcial, no continua; se ha de enseñar que el esfuerzo tenaz produce recompensas de alta magnitud aunque de forma infrecuente, para fortalecer la perseverancia.
c) *Emotiva.* Si el modelo exhibe conductas de ansiedad o dolor ante acontecimientos concretos, éstos pueden convertirse en estímulos evocadores de miedo en el observador. Igualmente, la exposición del modelo a estímulos que provocan miedo en el observador mostrando ausencia de temor o conductas incompatibles con la ansiedad disminuirá las respuestas de miedo en el observador.
d) *Valorativa.* Se pueden modificar criterios de autorreforzamiento mostrando modelos que exhiben conductas autoaprobatorias en función del logro de ciertas metas. Se pueden modificar las valoraciones y los gustos de las personas mediante la observación de experiencias positivas y negativas de los demás. De esta forma se pueden cambiar gustos por comidas y sabores nuevos, prácticas sexuales o actitudes sociales.

Conviene distinguir las *consecuencias* vicarias de las *implícitas*, que se producen en caso de que varias personas que realizan la misma conducta obtengan reforzamiento y otras no. Por ejemplo, en el caso de que se quiera aumentar los logros académicos de los alumnos de una escuela, si a unos alumnos se les ignoran sus esfuerzos mientras que a otros se les recompensa contingentemente, sucederá que esta contingencia funcionará como un castigo implícito para el grupo que no recibe recompensa. Sin embargo, si se aceptan sin comentario alguno los logros de unos alumnos mientras se critican negativamente los de los demás, mejorará la conducta de los primeros igual que si se hubieran reforzado positivamente. En la forma implícita las consecuencias se convierten en castigos o refuerzos por comparación. Los niños que son tratados injustamente de forma continuada en principio aumentan sus esfuerzos, para después desmoralizarse y disminuir la frecuencia de su conducta. Asimismo, se ha comprobado que este tratamiento devalúa el poder de los reforzadores con que se premia a los favorecidos. Si se quiere llevar a cabo un entrenamiento con reforzamiento positivo sobre uno o varios escolares más atrasados, se ha de prevenir este efecto, bien dando explicaciones verbales de las razones de ello, bien estableciendo contingencias grupales que hagan ganar reforzamiento a todos los miembros de la clase si aumenta el rendimiento de los más atrasados.

2.3.2. *Reforzamiento directo*

El reforzamiento directo del observador tras la ejecución de la conducta aumenta la probabilidad de que ésta se repita con mayor frecuencia. Durante las sesiones de práctica el terapeuta habrá de aplicar reforzamiento positivo tras la emisión de conductas adecuadas por parte del cliente.

Para facilitar la conducta modelada en niños es útil que el modelo imite algunas de las conductas positivas del sujeto, ya que así el modelo se hace más atractivo debido a que ser imitado es reforzante.

El refuerzo directo es más efectivo cuando se trata de mantener la conducta a largo plazo que el vicario, ya que éste sólo aumenta temporalmente la motivación para ejecutar la conducta; si después el sujeto no obtiene las consecuencias deseadas, dejará de emitir la conducta.

Se puede utilizar el modelado para crear reforzadores o para cambiar el poder de un reforzador: cuando el objetivo es incrementar el valor potencial de un suceso para servir de reforzador, el cliente debe observar a otras personas recibiendo el reforzador en situaciones similares en las que él también podría recibir el refuerzo. El sujeto debe estar moderamente relajado mientras observa cómo los modelos reciben y disfrutan de los reforzadores. El terapeuta puede pedir al sujeto que describa los reforzadores de los modelos y la forma en que disfruta de ellos. Por ejemplo, para que a un niño le resulten atractivas las sesiones de grupo habría que hacer que observase tras un cristal a los modelos a los que se premia con fichas por las conductas correctas; al terminar la sesión el terapeuta trae los reforzadores de apoyo y el niño observa a los otros disfrutando con ellos. Este método se llama exposición a los reforzadores, aunque también se le denomina muestreo de reforzadores vicario (Walker, Hedberg, Clement y Wright, 1981). Si se quiere cambiar el valor reforzante de un estímulo previo, de forma que pase de ser aversivo a positivo, se debe comenzar relajando al sujeto, se le instruye para que se fije en las reacciones del modelo y luego se imagine que recibe ese estímulo, de modo que se sienta de la misma manera que el modelo. Se han de utilizar modelos múltiples y varias exposiciones continuadas para conseguir los objetivos (Walker et al., 1981).

2.4. Transferencia y generalización

El entrenamiento mediante modelado debe incluir estrategias para aumentar la probabilidad de que los aprendizajes adquiridos en el contexto del tratamiento se transfieran y persistan en el ambiente habitual de los clientes. Los métodos siguientes son estrategias activas que aumentan estos efectos de generalización:

a) *Proveer de principios generales* que gobiernan la actuación correcta o eficaz tanto en el contexto de entrenamiento como en la vida real, dotándoles de los principios generales de selección y utilización de habilidades por medios verbales, visuales y escritos.

b) Llevar a cabo un *sobreaprendizaje,* para lo cual, con los componentes de cada una de las habilidades, habrá que:

1. Modelarlas varias veces.
2. Practicarlas en *rol-playing* una o varias veces.
3. Observar las actuaciones de otros miembros del grupo en *role-playing.*
4. Exponerlas a la vista del participante en una pizarra o en una tarjeta de habilidades.
5. Practicarlas en ambientes reales una o más veces como parte de las tareas para casa del cliente.

El sobreaprendizaje hace que las habilidades se automaticen y sean más accesibles en la jerarquía de respuesta.

c) *Elementos idénticos.* Cuanto más semejantes sean los estímulos físicos e interpersonales del contexto de entrenamiento a los de la vida real en la que habrán de ser aplicadas, mayor será el efecto de generalización; para ello se han de diseñar las escenas de modelado y *role-playing* de forma que sean

similares a las situaciones interpersonales de la vida real, con el uso de accesorios, disposición física del contexto y elección de coactores realistas; ensayar cada habilidad tal como el cliente planea usarla.

d) *Variabilidad estimular.* Utilizar varios modelos, en los *role-playing* cambiar los co-actores, rotar a las personas en diferentes grupos. Cambiar los contextos, graduar el orden de dificultad.

e) *Reforzamiento en la vida real.* Asegurarse de que existen contingencias de reforzamiento en el medio habitual del sujeto que mantengan la conducta, utilizar reforzadores naturales, autorreforzamiento, y entrenar a las personas del medio habitual del cliente en técnicas de reforzamiento si es necesario.

f) Las *tareas para casa* son especialmente adecuadas, pues tienen elementos idénticos, hay variabilidad estimular y dificultad creciente. En este caso se ha de aplicar reforzamiento por el cumplimiento de dichas tareas por medio del terapeuta; asimismo los resultados obtenidos expuestos en sesión grupal ofrecen aprendizaje observacional para los otros miembros del grupo. Las tareas para casa suponen:

1. Que las conductas componentes han de modelarse en sesiones precedentes hasta que el sujeto las practique correctamente.
2. Identificar las conductas que habrán de ser realizadas, así como la situación en que habrá de llevarse a cabo.
3. Diseñar una hoja de autorregistro en la que el sujeto anote la realización de dicha tarea. En la hoja se solicita información detallada sobre lo que ocurrió cuando el cliente intentó hacer la tarea, cuáles fueron los pasos relevantes, la valoración del cliente de su actuación, cuál podría ser la próxima tarea.

g) Por último, se ha de entrenar la *prevención de recaídas* y hacer frente a posibles fracasos.

3. PROCEDIMIENTO GENERAL

Previamente a la aplicación de cualquier método de intervención, se ha de llevar a cabo la evaluación conductual, que habrá de definir las metas a corto, medio y largo plazos de la intervención. Las sesiones de modelado han de planificarse de forma que procedan paso por paso al entrenamiento de cada una de las habilidades que el sujeto ha de adquirir, yendo de las más sencillas a las más complejas. Cada sesión ha estar diseñada para entrenar componentes de una habilidad o su ejercicio en situaciones concretas. Por ejemplo, si estamos entrenando habilidades de oposición asertiva, habríamos de entrenar, en el caso de que no estuvieran en el repertorio del cliente, los siguientes componentes: contacto visual, volumen y tono de voz, gestos adecuados, tono afectivo, expresión correcta de desacuerdo verbal y petición de cambio de conducta, en las situaciones problema relevantes. Los pasos a seguir serían los siguientes:

1. El terapeuta explica la conducta o habilidad que va ser entrenada; deberá decir en qué consiste, su utilidad y los efectos que tiene en un contexto determinado. Por ejemplo, si se trata de entrenar el contacto visual, el terapeuta podría decir:

T: *Mantener el contacto visual con la persona con la que estamos hablando es importante para centrar la atención del interlocutor en nosotros. ¿Podrías decir otras razones por las que es importante mantener el contacto visual?* (el terapeuta debe pedir ejemplos y opiniones a los miembros del grupo para asegurarse la comprensión de la utilidad de la habilidad que está siendo entrenada y darles un papel activo).

P1: *Creo que si miras directamente das una sensación de franqueza.*

P2: *Se da una sensación de seguridad y firmeza.*

T: *También es verdad que mantener una mirada fija y sostenida puede dar una*

sensación de hostilidad, de extrañeza, o bien parecer demasiado cálida, como en una relación amorosa; conviene mantener contacto visual más del 50 por 100 del intervalo en que se interactúa...

2. El paciente debe estar moderadamente relajado. Si el paciente manifiesta ansiedad, habrá que aplicar relajación o desensibilización sistemática para su control; este problema puede darse cuando se están entrenando habilidades de concertación de citas e interacciones con el sexo opuesto, hablar en público, debates, etc.
3. El sistema de creencias erróneas del cliente a veces puede obstaculizar el entrenamiento, y éstas han de ser modificadas antes del inicio del procedimiento. P, un cliente al que intentamos entrenar en asertividad, puede pensar que si no hace lo que otros desean éstos tendrán un mal concepto de él y perderá sus amistades. En este caso el terapeuta debe rebatir esta creencia, de una forma socrática, mediante preguntas del tipo: *¿Hacer lo que los otros desean puede crearnos problemas? ¿No puede suceder que al atender a las demandas de los otros éstos no tengan en cuenta tus intereses? ¿No puede ser que cada vez agradecerán menos tus esfuerzos porque están acostumbrados a obtener todo lo que quieren de ti sin dar nada a cambio?* Se discutirá con el grupo cómo una relación asertiva, en la que cada uno obra conforme a sus intereses y deseos, lleva a una relación de confianza y respeto mutuo.
4. El terapeuta aportará instrucciones acerca de los aspectos a los que ha de atender el cliente:

   a) Los estímulos situacionales presentes.
   b) Los aspectos relevantes de la conducta del modelo.
   c) Las consecuencias de dicha conducta. Dependiendo del tipo de habilidad que se esté modelando, el terapeuta puede pedir al cliente que registre o codifique las conductas del modelo o que realice las mismas conductas que éste con objeto de que la observación sea activa.

5. El modelo debe demostrar las acciones deseadas y describir verbalmente lo que está haciendo y las consecuencias anticipadas. En algunos casos se aumentará el aprendizaje usando un procedimiento de modelado contrastado, en caso de que sea conveniente o necesario enseñar los comportamientos correctos y los incorrectos, que no han de realizarse, y las consecuencias que se derivan de ellos. Por ejemplo, para entrenar una respuesta asertiva consistente en la petición de una mujer a su marido de compartir las tareas caseras, sería interesante al comienzo exponer tres modelos de conducta: pasiva, agresiva y asertiva. Como en la secuencia siguiente (Davis, Mckay y Fanning, 1985):

— *Pasiva:*

ESPOSA: ¿Podrías ayudarme a colocar los armarios?
ESPOSO: No, estoy viendo la televisión.
ESPOSA: Bueno, vale.

— *Agresiva:*

ESPOSA: Ayúdame a colocar los armarios.
ESPOSO: No, estoy viendo la televisión.
ESPOSA: Eres un vago, todo el trabajo de la casa lo tengo que hacer yo. ¡Vaya ayuda que tengo contigo!
ESPOSO: ¡Déjame en paz!

— *Asertiva:*

ESPOSA: Quiero que me ayudes a arreglar los armarios.
ESPOSO: No, estoy viendo la televisión.
ESPOSA: Hay que arreglar esos armarios hoy y es mucho trabajo para mí sola. ¿Cuándo termina ese programa que vas a ver?
ESPOSO: A las 6.
ESPOSA: Entonces podemos arreglarlos a esa hora.
ESPOSO: Vale, me parece bien.

Si estamos enseñando a unos maestros cómo aplicar el tiempo fuera con el propósito de mostrar lo erróneo que resulta discutir con el niño, si tuvo o no la culpa, o si le tiene que dedicar más tiempo o no, etc., se puede intercalar una de estas escenas para enseñar a no incurrir en estas equivocaciones. La secuencia procedería así:

a) Escena correcta: el maestro aplica el tiempo fuera con una explicación verbal simple («Te has portado mal», y no escucha explicaciones del niño).

b) Escena incorrecta en que el maestro comienza bien pero responde a las explicaciones o justificaciones del niño, lo que conduce a una pérdida de tiempo, atención de otros niños, alboroto y comportamiento más agresivo del niño.

c) Escena correcta en la que debe aparecer el maestro indicando al niño, con una seña clara, que si sigue manifestando la conducta inadecuada se aplicará el tiempo fuera. Si el niño continúa portándose mal, el maestro, sin discutir con el niño, le lleva al lugar del tiempo fuera.

Conviene que estas escenas sean cortas en duración con el objetivo de no cansar a los observadores. Si se utiliza el modelado contrastado, conviene acabar con la respuesta correcta. Ha de fomentarse la observación activa (Kubany y Slogett, 1991) haciendo que los sujetos codifiquen las conductas de los modelos (si se trata de enseñar a los padres la aplicación del refuerzo positivo, y sus ventajas sobre las reprimendas y castigos, se puede hacer que codifiquen los ejemplos en cada secuencia) o bien haciendo que repitan las conductas del modelo al mismo tiempo, de forma real o imaginaria.

6. De forma inmediata a la presentación de la secuencia modelada, el terapeuta debe pedir al cliente o clientes que describan la conducta del modelo, sus antecedentes y consecuentes. El terapeuta puede pedir al cliente que resuma las características o reglas fundamentales que sigue el modelo y pedirle que enuncie otras respuestas alternativas adecuadas en otros ejemplos de conducta.
7. El terapeuta instruye al cliente para que lleve a cabo la práctica de lo observado en la sesión. Se simulará una situación igual a la modelada, que puede grabarse en vídeo.
8. En los primeros ensayos puede ser conveniente que el terapeuta ayude al cliente, situándose en el campo de visión del sujeto para hacer señas oportunas o a su lado para apuntar respuestas al oído o guiarle físicamente si es necesario. Por ejemplo, si se simula una discusión, el terapeuta puede decirle al cliente lo que ha de decir si se queda bloqueado. Dichas ayudas han de desvanecerse posteriormente.
9. Tras el ensayo de conductas, el terapeuta debe dar feedback positivo, de forma que sea:

   a) Específico, es decir, que se refiera a conductas concretas y no a calificaciones globales.

   b) Referido a las conductas entrenadas durante la sesión o sesiones anteriores, no a conductas no entrenadas.

   c) Indicar las conductas positivamente realizadas y reforzarlas.

   d) Señalar cómo mejorar la actuación o solucionar posibles errores teniendo en cuenta que siempre se ha de poner énfasis en los aspectos positivos. Si el entrenamiento es en formato de grupo, puede pedir a los miembros que indiquen los aspectos positivos de la conducta del modelo e ir apuntándolos en una pizarra.

10. Se deben llevar a cabo varios ensayos para que la habilidad quede sobreaprendida, utilizando si es posible modelos múltiples.

11. Es conveniente entrenar el modelado encubierto, llevando a cabo ensayos cognitivos de las conductas entrenadas para facilitar el recuerdo de las reglas aprendidas, disminuir el posible miedo o ansiedad y aumentar la eficacia del sujeto.
12. Se deben diseñar tareas caseras para practicar las habilidades entrenadas. El terapeuta se asegurará de que el cliente posee las habilidades para llevar a cabo dichas tareas; para preparar la tarea se puede hacer un *role-playing*. Habrá que determinar en la sesión el momento y la situación y las conductas de la tarea. El cliente cumplimentará un autorregistro de la tarea realizada, en cuyo reverso conviene anotar durante la sesión las situaciones y las conductas que componen la tarea.
13. Se debe establecer contingencias de reforzamiento en el medio natural del paciente para mantener los efectos del entrenamiento y/o entrenar autorreforzamiento.
14. Se deben entrenar las habilidades en orden de dificultad progresiva y han de incluirse estrategias para hacer frente a los posibles obstáculos o variaciones, con modelos múltiples.

4. TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE MODELADO

4.1. Modelado participante

El modelado participante, del que son términos equivalentes «modelado y práctica guiada» o «desensibilización de contacto», es una técnica muy rápida y eficaz para la eliminación de miedos y fobias, y es preferible a la desensibilización sistemática cuando además de la eliminación de la ansiedad se tiene como objetivo que el sujeto adquiera habilidades para hacer frente a las situaciones que teme. Por ejemplo, ante el miedo al agua en niños, se desea no sólo que estar en la piscina o en el mar les deje de producir miedo, sino que aprendan a flotar y nadar.

El modelado participante tiene las siguientes fases:

1. Construcción de una jerarquía de situaciones temidas, ordenadas en unidades subjetivas de ansiedad (USA), igual que en la desensibilización sistemática.
2. El terapeuta u otro modelo se exponen y muestran el comportamiento adecuado en cada ítem de la jerarquía, con lo que el sujeto comprueba que no ocurren consecuencias negativas. Los ítems habrán de presentarse las veces que sean necesarias para que el cliente disminuya sus niveles de ansiedad (hasta menos de 15 USA). La utilización de modelos diferentes es más eficaz que imitación de un solo modelo.
3. El terapeuta pide al cliente, después de que haya observado su actuación, que haga lo mismo que él. Le dará instrucciones verbales y le ayudará a realizar físicamente las respuestas si es necesario. Después reforzará al sujeto por cumplir con la tarea.
4. Las ayudas físicas han de ir desvaneciéndose gradualmente hasta que el sujeto sea capaz por sí solo de poner toda la conducta en práctica sin ayuda ninguna. Tras ello, se pasará al siguiente ítem, que será de nuevo modelado por el terapeuta y después lo llevará a cabo el sujeto de la forma ya enunciada.
5. Para fomentar la generalización se diseñarán tareas caseras de dificultad progresiva, se irán desvaneciendo las ayudas y la presencia del terapeuta, se sustituirá al terapeuta por coterapeutas y se introducirán otros modelos hasta que el sujeto realice las conductas por sí solo.

Los factores a que obedece la efectividad de la técnica son los siguientes:

1. Extinción vicaria, ya que se basa en la observación del modelo expuesto a la situación temida sin que se produzcan consecuencias aversivas.
2. Adquisición de conocimientos técnicos e información (aprender a nadar, flotar en el agua, aprender cómo se ha de coger una ser-

piente, saber que las serpientes no muerden inmediatamente, etc.).
3. Adquisición de habilidades motoras por medio de la práctica y habituación de los niveles de ansiedad por experiencia directa del propio sujeto.

La técnica se puede aplicar tanto individualmente como en grupo. En el caso de la aplicación grupal, se ha de ajustar la progresión de la jerarquía al nivel del más lento; no obstante, los efectos se aceleran, ya que los más avanzados ejecutarán primero las conductas modeladas y con ello proporcionarán modelos múltiples a los más retrasados.

El modelado participante se ha utilizado para la prevención de miedos específicos en niños de 12-20 meses (Egliston y Rapee, 2007), eliminación de fobias simples tales como miedo a las serpientes (Jeffrey, 1981), los insectos, perros, miedo a asomarse a lugares altos, miedo al agua, exámenes (Rimm y Master, 1980; Perry y Furukowa, 1986; Rosenthal y Steffeck, 1991), relaciones interpersonales (Mattick y Peters, 1988), estrategias para hacer frente al asma (Creer, Russ y Reynolds, 1990). Muchos temores concretos que son frecuentes en la infancia pueden tratarse recurriendo de alguna forma a la terapia de modelado, bastando de seis a ocho sesiones de tratamiento cuando están dirigidos por un terapeuta experimentado (Gelfand y Hartman, 1989).

Conviene señalar que el modelado ha tenido una amplia aplicación en la preparación para hospitalizaciones, operaciones quirúrgicas e intervenciones dentales en niños (Cadavid y Giaimo, 1999; Kligman, Melaned, Cuthbert y Hermecz, 1984; Routh y Sanfilippo, 1991; Quiles, Moix, Bassets y Caelles, 1998; Ortigosa, Méndez y Quiles, 1996; Ortigosa y Méndez, 2003). En este caso, para que la técnica sea precisa, se requieren las siguientes condiciones:

a) La exposición en vídeo debe contener todas los fases por las que ha de pasar el sujeto de forma realista. La exposición de un material exageradamente optimista tiene efectos muy negativos.

b) El modelo ha de ser similar a los sujetos y debe ejemplificar cómo afronta cada una de las dificultades que se van presentando, dándose autoinstrucciones positivas (mediante una voz de fondo) y aplicando técnicas de control de ansiedad.

c) Los sujetos han de ensayar activamente las conductas emitidas por el modelo. Si la intervención va a tener lugar inmediatamente o en el mismo día de la intervención, entonces se han de dar instrucciones al niño para que mientras observa la grabación se imagine que él es el protagonista y practique las mismas conductas que hace el modelo al que observa. En este caso, si no se lleva a cabo este ensayo activo, y el sujeto se limita a la observación pasiva, la visualización del vídeo puede producir el efecto de aumentar el estrés (Kligman et al., 1984; Faust, Olson y Rodríguez, 1991; Routh y Sanfilippo, 1991).

Por otro lado las demostraciones de cómo se les va a tratar durante las operaciones quirúrgicas o dentales servirá para ayudar a quienes nunca las han experimentado, pero no a quienes ya las han sufrido. Los pacientes experimentados saben lo que les espera, y el modelado ni les proporciona nueva información ni reduce su miedo. Por último, conviene señalar que esta técnica se ha de aplicar en conjunción con otros componentes de educación/información y control del estrés tanto para el niño como para sus padres.

4.2. Ensayo mental simbólico o cognitivo

Esta técnica consiste en observar a un modelo realizar una conducta objetivo, tras lo cual se instruye al participante en dos actividades de procesamiento de la información:

a) *La codificación simbólica,* el proceso por el cual el participante organiza y resume los diversos elementos de la acción modelada en una estructura o protocolo verbal fácil de recordar y cuyas acciones sean fáciles de guiar (es decir, se trata de tener un guión de las reglas que se han de seguir).

b) *Ensayo cognitivo:* el proceso por el cual la persona visualiza o se imagina realizando las conductas que previamente ha llevado a cabo el modelo.

Si se desea entrenar al personal sanitario en habilidades de comunicación con los pacientes, la primera destreza consiste en establecer el contexto (horario, lugar y situación idónea) de la interacción. Para enseñarla, establecemos el modelo de actuación (escrito, en vídeo o en vivo), en distintas situaciones. Por ejemplo, cuando el sanitario acude a una cita, se acerca por el pasillo la mujer de otro paciente en estado terminal y le dice: *Tengo que hablar con usted, estoy muy preocupada, no sé qué hacer, nadie hace nada por mi marido.* El sanitario mira a los ojos a la paciente y con tranquilidad contesta: *la veo preocupada, y la voy a atender en cuanto pueda, venga a verme hoy al despacho a las 13,45 h., siento no poderla atender en este momento.* A continuación se ilustra la codificación de las reglas; en este caso: el médico *empatiza* con el interlocutor («la veo preocupada», mantiene contacto ocular), es *cortés y asertivo* (se disculpa, «siento no poder...»), *establece el horario* en que puede atender, ya que en ese momento tiene otra cita, *el lugar,* ya que el pasillo no es sitio para discutir los problemas, sino el despacho, y el sanitario debe *consultar la historia* clínica actualizada del paciente para estar en situación de asesorar de forma más eficaz. Los sanitarios deben ensayar mentalmente las situaciones y respuestas correctas.

4.3. Modelado encubierto

En esta técnica se presentan los componentes de la conducta modelada de forma imaginaria, sin modelo externo. En este caso es útil empezar explicando la importancia de imaginar vívidamente las escenas y, si es necesario, llevar a cabo un entrenamiento previo en imaginación.

Para aplicar esta técnica, el terapeuta comenzará pidiendo al cliente que visualice los elementos de la situación objetivo, poniendo énfasis en las palabras y los aspectos descriptivos más relevantes que lleven a imaginar la escena vívidamente. Se puede empezar describiendo a otras personas enfrentándose de forma correcta a la situación, para en escenas posteriores hacer que sea el propio sujeto el protagonista de la acción, o hacerlo así desde el principio. El terapeuta describe cómo empieza a percibir, pensar, sentir el cliente para pasar a enfrentarse a la situación comportándose de forma efectiva. El terapeuta debe hablar lentamente dejando unos segundos entre frases para que el cliente visualice por sí mismo los componentes de la escena. Después de describir varias de estas escenas, el terapeuta debe pedir al paciente que complete la secuencia por sí mismo. El cliente debe verbalizar en voz alta las escenas para que el terapeuta pueda determinar si las está imaginando correctamente. La dificultad de las conductas modeladas aumenta a través de las sesiones; el paciente debe practicar en la vida real las respuestas que se están modelando; las escenas simbólicas deben incluir los reforzadores positivos que se reciben cuando se practican de forma real.

Un ejemplo de aplicación de esta técnica es el siguiente: un chico que tiene problemas de estudio porque sale con frecuencia por las noches y pierde algunas clases. La primera escena de modelado encubierto sería así:

> «Vas de regreso a casa al salir de clase acompañado de dos de tus compañeros, con los que sueles salir, Juan y Pedro, y les estás diciendo: "tengo un problema, no quiero perder el curso y estoy perdiendo mucho tiempo que podría aprovechar para estudiar; creo que hasta que no termine los exámenes no voy a salir...". Juan dice: "estudiar no es lo más importante, te convertirás en un ratón de biblioteca, mañana vamos a ir a la discoteca con una chicas estupendas, podemos quedar a las ocho". Tú dices: "me gustaría ir, pero debo estudiar; si de verdad quieres ayudarme, no me invites a salir hasta que no terminen los exámenes, voy muy atrasado". Juan: "bueno, tienes razón, hasta que no terminen los exámenes no salimos". Juan se va, me voy con Pedro... que al rato me dice: "bueno, ¿por qué no empiezas a estudiar en serio a partir de mañana?, esta tarde puedes

venirte a casa y oiremos el nuevo compac de... y mañana te convertirás en un estudioso acérrimo...". Empiezo a pensar que me gustaría, pero que no puede ser, porque eso es lo que ha ocurrido otras veces, así que le digo: "no puedo, debo empezar a estudiar hoy mismo, si lo dejase para empezar mañana, al día siguiente haría lo mismo". Mi compañero me dice: "lo entiendo, tienes razón, tienes que mejorar esas notas, cuando terminen los exámenes celebraremos los aprobados". luego me voy a casa y me pongo a estudiar».

A continuación, se diseñan otras escenas con los siguientes tópicos:

1. Hablar con los profesores y compañeros para mejorar el rendimiento.
2. Planificar estrategias específicas para estudiar, incluyendo breves períodos de relajación y reforzamiento.
3. Manejar el problema presentándose a los exámenes finales.

4.4. Automodelado

En esta técnica el sujeto aprende o modifica patrones comportamentales por medio de la observación de su propia conducta. Para su aplicación se requieren los siguientes pasos:

1. Grabar en vídeo las conductas objetivo en condiciones naturales o arregladas.
2. Editar o llevar a cabo un montaje tal que sólo queden las conductas deseables y eliminar los aspectos indeseables.
3. Instruir al sujeto y hacer que observe estas secuencias.
4. Pedir al sujeto que ensaye las conductas modeladas.

Por ejemplo, Woltersdorf (1990) consiguió que unos niños hiperactivos redujeran los síntomas de distraibilidad, agitación y vocalizaciones inapropiadas y mejoraran en conductas de estudio, tomando vídeos de estos niños en clases, ignorando la conducta distractora, en los momentos en que trabajaban correctamente. Asimismo, la técnica es efectiva para entrenar a los padres en atención selectiva, aportar órdenes claras y directas y administrar elogios contingentes a las buenas conductas. Esta técnica ha de combinarse con otros métodos para ser eficaz.

Una de sus principales ventajas es que es especialmente adecuado para mejorar la autoeficacia personal y hace que el sujeto atienda con más interés. Para ser máximamente eficaz, se ha de arreglar el montaje del vídeo de forma que:

a) Se dé una fuerte proporción de éxito (se pueden eliminar completamente los errores).
b) Eliminar testimonios de falta de confianza, vacilaciones o muestras de impaciencia.
c) Utilizar los mejores efectos de cámara, por ejemplo expresiones de caras de satisfacción; pueden usarse planos de 3/4.
d) Visión a intervalos regulares para prevenir el aburrimiento y la aminoración de efectos.
e) Las escenas han de ser creíbles y los modelos de comportamiento personal han de ser fácilmente accesibles.

Se ha de diferenciar el automodelado de la *autoconfrontación,* en cuyo caso se utilizan ejemplos negativos de conducta exponiendo al sujeto a sus propios errores. Este método es peligroso al elevar el nivel de ansiedad del sujeto y la aversividad de la técnica, y los resultados de su aplicación son negativos (Ellgring, 1989).

4.5. Modelado autoinstruccional

Con el propósito de entrenar a los clientes a darse autoinstrucciones que guíen sus acciones, Meichenbaum (1977) sigue el método siguiente:

1. El experimentador modela una tarea hablando en alto mientras el sujeto observa.
2. Después, el sujeto ejecuta la misma tarea mientras el experimentador instruye al sujeto en voz alta.

3. A continuación se pide al sujeto que ejecute la tarea de nuevo mientras se instruye a sí mismo en voz alta.
4. Luego el sujeto ejecuta la tarea mientras se da a sí mismo las instrucciones en voz baja (se nota por el movimiento de los labios).
5. Finalmente el sujeto ejecuta la tarea de forma encubierta (sin movimientos de labios).

5. LA ADQUISICIÓN DE LA CONDUCTA IMITATIVA

Las conductas imitativas se adquieren mediante aprendizaje. Cuando las personas han incluido como parte de su repertorio de conductas la imitación, quedan capacitadas para aprender muchas habilidades a través de la observación. Baer y Deguchi (1985) opinan que la imitación es una clase de respuesta generalizada. Observar la conducta de los demás y reproducirla cuando es adecuado es un repertorio de comportamiento que tiene consecuencias altamente reforzantes. Cuando un número suficiente de imitaciones han quedado instauradas por reforzamiento contingente, se imitarán nuevas respuestas sin entrenamiento directo.

La imitación se generaliza, dentro de los límites de respuestas topográficamente similares, cuando se comienza a instaurar estos repertorios. Los tipos de respuestas se dividen en imitaciones motoras gruesas y finas e imitaciones vocales, de forma que inicialmente la imitación de una conducta motora gruesa se generalizaría a otras del mismo tipo, pero no a las imitaciones motoras finas o vocales. Sin embargo, una vez desarrollada la habilidad imitativa, su mantenimiento es independiente de la topografía de las respuestas entrenadas. Estos hechos tienen una aplicación directa para el aprendizaje de la imitación en niños que carecen de esta capacidad.

El procedimiento para el entrenamiento en imitación está ampliamente expuesto en Bandura (1983), Kozloff (1980), Lovaas (1980) o Lovaas (1990). Se ha de comenzar por la imitación de acciones sencillas, movimientos motores gruesos, para pasar a movimientos motores finos y luego a imitación vocal e imitación verbal. El entrenamiento en imitación presupone que el niño tiene algunos repertorios básicos tales como sentarse, escuchar, trabajar en una tarea, así como mirar y atender durante un tiempo mínimo de dos a cinco minutos sin manifestar conductas perturbadoras, rabietas autoestimulación, etc.; si no fuera así, habría que instaurar dichas conductas.

Este entrenamiento puede ser llevado a cabo en sesiones de cinco a diez minutos que pueden tener lugar dos o tres veces al día, ya que muchos niños no pueden prestar atención concentrada durante intervalos de tiempo más largos. Asimismo, hay que recordar que estos niños están bajo un programa de tratamiento que incluye otras áreas de aprendizaje entre las que se intercala el entrenamiento imitativo. El momento de la sesión se escogerá de modo que siga a una actividad favorita del niño, siguiendo el principio de Premack. Se trata de que la imitación se convierta en un juego que puede continuar cuando esté fuera de la sesión.

Para enseñar la imitación motora, el terapeuta debe situarse delante del niño y lo suficientemente cerca para poder ayudarlo y recompensar sin pérdida de tiempos, eliminar fuentes de distracción y registrar sus conductas. Se seleccionará primero un movimiento fácil que el niño ya sepa hacer, del tipo de un movimiento grueso (por ejemplo, levantar los brazos, ponerse en pie, agacharse, etc.).

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Esperar que el niño mire directamente o indicarle que mire, llamarle por su nombre o presentarle un reforzador (se mueve una galleta delante de sus ojos enfocándole la mirada ante el modelo que va a realizar la conducta).
2. El terapeuta dice «Haz esto» en voz alta al mismo tiempo que golpea la mesa y dice «levanta los brazos»; si el niño no lo hace, se acometerá el paso 3.
3. Ayuda: se repite la orden verbal «Haz esto, levanta los brazos», al mismo tiempo que se le coge la mano y se le hace levantar los brazos. Aplicar reforzamiento social en forma de sonrisa y elogio y material (una porción de comida o una ficha) en el momento en que hace la conducta.

4. Disminuir las ayudas en ensayos sucesivos. Esto se puede hacer:

   a) Reduciendo la ayuda física, es decir, el terapeuta sólo hace segmentos de la ayuda: tirar de los brazos sin colocarlos hasta arriba.
   b) Disminuyendo la fuerza con que se presta la ayuda: al principio le coge con las manos, después tira con la punta de los dedos.
   c) Aumentando el intervalo temporal en el que se presenta la ayuda: en los primeros se dice «Haz esto», se muestra el modelo y se espera un segundo a que el niño inicie la respuesta; si no lo hace, se ayuda físicamente a la respuesta; si al ponerle los brazos arriba es capaz de mantenerlos durante un segundo, se le recompensa; a la siguiente ocasión se espera 2 segundos antes de decir lo que ha de hacer y presentar la ayuda física; sucesivamente se le irá prestando la ayuda con mayor distancia temporal: tres segundos, cinco segundos, etc.

5. Una vez adquirida la conducta, sólo se ha de reforzar cuando sus imitaciones son mejores; las imitaciones imperfectas no han de seguirse más que de refuerzo social, mientras que las imitaciones buenas deben recibir reforzamiento material y social.
6. Cuando es capaz de realizar la conducta nueve de las diez veces, se introduce una conducta muy diferente de la anterior para que se puede discriminar fácilmente, siguiendo los pasos antes descritos.
7. Una vez bien asentada esa respuesta, se rotan aleatoriamente los modelos de imitación de la primera y segunda respuestas. Es posible que el niño pueda estar aprendiendo a emitir una conducta a la que sigue reforzamiento, independientemente del modelo presentado. Si así ocurriera, el niño, al presentarle el modelo de levantar las manos, podría tocarse la nariz, sencillamente porque en las últimas presentaciones esta conducta había ido seguida de reforzamiento. En este caso no se ha de emitir reforzamiento en ese ensayo, ya que el niño puede aprender que si la respuesta primera no es reforzada entonces lo será la siguiente; se deberá iniciar un ensayo usando un apoyo de los más débiles que se hayan empleado cuando enseñaba la acción la vez primera, y si no da resultado, se presentan ayudas más claras hasta que dé la respuesta; después se han de reducir las ayudas, de forma que se consigan cinco ensayos correctos; a continuación se pasa a la segunda respuesta hasta que lo haga cinco veces. Finalmente se pasa de nuevo a la rotación de ambas conductas.
8. Se introducen nuevas respuestas de imitación para rotarlas con las anteriores.
9. El reforzamiento debe hacerse intermitente y parcial, así como pasar de los reforzadores artificiales o materiales a los reforzadores naturales.
10. Las personas del medio del niño deben funcionar como señales de imitación; por ello se debe implicar a muchas personas en muchos entornos para que refuercen conductas imitativas que le permitan aprender tareas útiles (vestirse, lavarse, hacer la cama, etc.).

Se recomienda comenzar el entrenamiento con modelos motores gruesos (movimientos de piernas y brazos) y seguir con modelos motores finos de dedos, manos y ojos al mismo tiempo, posiciones de la boca y colocación de objetos. Una vez que el niño imita cinco modelos dentro del primer grupo (cinco veces seguidas sin que medien ayudas ni se produzcan errores), se puede alternar de forma intercalada con el entrenamiento de los movimientos finos y en cuanto llegue a cinco pasar a intercalar la imitación verbal, colocación de objetos y posiciones de la boca.

Para entrenar la imitación del lenguaje, en primer lugar se han de aumentar las vocalizaciones, mediante reforzamiento contingente, para lo cual se emplean ayudas físicas mediante cosquillas, caricias, actividades corporales. Cuando el niño pro-

duce diez vocalizaciones en dos o tres minutos, sin ayudas, se puede considerar esta fase superada.

En la fase 2 se someten las vocalizaciones a un control temporal; se enseña a vocalizar dentro de un espacio de tres o cinco segundos después de que se le dice «habla» y se le refuerza si dice algo en ese intervalo; cuando lo logra en diez ensayos sucesivos, se disminuye el intervalo a dos segundos; una vez logrado éste, se pasa a un segundo. Asimismo, se ha de ir reduciendo el reforzamiento de vocalizaciones que no se siguen de la señal.

En la fase 3 se aborda la imitación de sonidos, empezando por los más fáciles (*aaa, bee, paa,* los sonidos con k, sg, l son más difíciles). Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Ponerse cara a cara a una distancia de medio metro.
2. Producir un sonido fácil de ver y percibir como «aaa».
3. Reforzar cualquier sonido que diga el niño en los tres segundos siguientes.
4. Presentar ayudas a la producción del sonido. En principio usar cualquier procedimiento de ayuda visual, exagerando la forma de la boca y reforzarle por ello; también usar ayudas manuales, colocando la boca en posición; se puede utilizar alguna mordaza para algunos sonidos como s, k, etc., o un abatelenguas para sonidos como la a. Hay que utilizar estos apoyos hasta obtener al menos cinco ensayos sucesivos con éxito sin ayuda.
5. Ir reforzando vocalizaciones más parecidas; cuando haya imitado el primer sonido diez veces sucesivas, se pasará a la imitación de un segundo sonido.
6. El segundo sonido ha de ser muy distinto al primero para que se pueda discriminar. Por ejemplo, si el primero era «aaa», el segundo será «mmm». Los pasos a seguir para su entrenamiento son los mismos que para el primer sonido. Así, se irán añadiendo sonidos nuevos.
7. Se alternará de forma aleatoria la imitación de los sonidos aprendidos.
8. Cuando se han dominado unos diez sonidos, se puede comenzar el entrenamiento en imitación de palabras, intercalándola con la imitación de sílabas, comenzando por palabras cortas, compuestas de los sonidos ya entrenados («mamá», «papá»).

La adquisición de los repertorios imitativos hace posible avanzar en el aprendizaje del lenguaje y habilidades motoras en niños con dificultades del desarrollo.

6. PRINCIPALES ÁREAS DE APLICACIÓN

Las técnicas de modelado se aplican de forma muy extendida en muy diversos ámbitos, entre ellos:

— Entrenamiento en habilidades y competencias profesionales, por ejemplo, el manejo de ordenadores (Davis y Mun, 2004).
— Educación de padres, información, habilidades para manejar la conducta del niño, tácticas para hacer frente a las respuestas emocionales provocadas por la mala conducta de los niños. Habilidades de enseñanza y disciplina (O'Dell, 1985; Webster-Stratton, 1987; Webster-Stratton, Kolpacoff y Hollinsworth, 1988; Meharg y Lipsker, 1991; Wolfe, Edwards, Manion y Koverola, 1988).
— Entrenamiento de maestros y educadores (Kubany y Slogget, 1991; Sharp y Forman, 1985).
— Entrenamiento de cuidadores y enfermeras (Abramowitz y Coursey, 1989).
— Entrenamiento deportivo (Wesch, Law y Hal, 2007).
— Entrenamiento en habilidades de autoprotección, prevención de asaltos y violaciones (Rosenthal y SteffeK, 1991). Aprendizaje de conductas preventivas en niños (Wurtele, Saslawsky, Miller, Marrs y Britcher, 1986; Wurtele, Marrs y Miller-Perrin, 1987). Autoprotección ante incendios y otras catástrofes (Jones, Ollendick, McLaughin y Williams, 1989). Habilidades del uso del teléfono y bús-

queda de ayuda en situaciones problemáticas en personas con retraso mental (Stephan, Stephano y Talkington, 1973; Matson, 1982).
— Entrenamiento en habilidades sociales (Kelly, 1987; Caballo, 1993; Liberman, DeRisi y Mueser, 1989; Michelson et al., 1989; Mattick y Peters, 1988).
— Entrenamiento para mejorar la adherencia a los tratamientos médicos y práctica de *screening* para el cáncer de mama (Blount, Dahlquist, Baer y Wuori, 1984; Mayer, Dubber, Scout, Dawson, Ekstrand, Fondeen, 1987).
— Entrenamiento en habilidades de solución de problemas en personas con discapacidades (Foxx, Martella y Marcand-Martella, 1989; Craun y Deffenbacher, 1987; Mayer et al., 1987).
— Preparación a intervenciones dentales y quirúrgicas (Jay, Elliot, Ozolins, Olson y Pruitt, 1985; Melaned y Siegel, 1975; Moix et al., 1998; Ortigas et al., 1996; Routh y Sanfilippo, 1991).
— Prevención de náuseas, vómitos y ansiedad anticipatoria ante la quimioterapia en pacientes con cáncer (Burish, Carey, Krozely y Greco, 1987).
— Instauración de repertorios de conductas de autocuidado, lenguaje y otras habilidades sociales en niños con trastornos de autismo y del desarrollo de habilidades sociales (Lovaas, 1980, 1990; Kozloff, 1980; Ingersoll y Schreibman, 2006; Nikopoulos y Keenan 2006; Gena, Couloura y Kymissis, 2006).
— Eliminación de conductas disruptivas en niños hiperactivos e impulsivos (Goodwin y Mahoney, 1975; Woltersdorf, 1990).
— Mantenimiento y restauración de habilidades cognitivas en ancianos (Baltes, 1988; Baltes y Lindenberger, 1988).
— Tratamiento de fobias (Davis, Rosenthal y Kelly, 1981; Rosenthal y Downs, 1985), agorafobia y trastorno de pánico (Arnow, Taylor, Agras y Telch, 1985).
— Reducción de la conducta agresiva (Kazdin, Bass, Siegel y Thomas, 1989; Goldstein y Keller, 1991).
— Tratamiento de conductas adictivas (Fraga, Méndez y Peralbo, 1996; Sorensen, Hall, Loeb, Allen, Glaser y Greenberg, 1989).
— Geriatría (Lovett y Gallagher, 1989; Pinkston, Links y Young, 1988).

El metaanálisis llevado a cabo por Taylor, Russ y Chan (2005) del entrenamiento en modelado en el ámbito laboral muestra cómo estas técnicas son efectivas para mejorar las habilidades, conductas laborales, actitudes y productividad en el trabajo. La eficacia en el entrenamiento es mayor cuando se usa la codificación verbal de la conducta modelada y se prolonga el entrenamiento. La transferencia del entrenamiento es mayor cuando se utilizan modelos positivos y negativos, cuando se practica en distintos contextos, cuando se instruye en alcanzar metas concretas, se entrena también a los supervisores y se establecen incentivos adecuados en el ambiente laboral.

Bellini y Akullian (2007), en un estudio de metaanálisis, examinaron la eficacia de modelado mediante vídeo y el automodelado y encontraron que estas técnicas eran altamente efectivas para mejorar las habilidades de comunicación, las habilidades conductuales en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista. Según estos autores, estas técnicas promueven la adquisición de habilidades, las mejoras se mantienen en el tiempo y se transfieren a distintos contextos situacionales diferentes.

En resumen, las técnicas de modelado son procedimientos validados, y su aplicación constituye un procedimiento eficaz, efectivo y eficiente de modificación de conducta.

7. CONCLUSIONES

Las técnicas de modelado son útiles en áreas educativas, clínicas y labores preventivas, y sus posibilidades de aplicación a grupos y comunidades las hace ventajosas en términos coste/beneficio. La investigación acerca de los tipos de modelos y formas de presentación más idóneas, los métodos de mejorar la atención, la retención, la práctica de lo aprendido y el feedback se encuentran complicados

por el hecho de que dependen del tipo de comportamiento de que se trate, el contexto de aplicación y las características de los sujetos. No obstante, las técnicas de modelado cada vez se utilizan de forma más eficaz para el aprendizaje de comportamientos adecuados. No debería olvidarse, sin embargo, que estos datos de investigación revelan que el aprendizaje observacional no sólo facilita el aprendizaje de comportamientos adecuados, sino también conductas desadaptativas, y deberían ser utilizados como razones para reducir la exposición sistemática en los medios de comunicación de modelos de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Bandura, A. (1988). *Pensamiento y acción.* Barcelona: Martínez Roca (*Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs.* Nueva Jersey: Prentice-Hall, 1986).

En este volumen se exponen los fundamentos teóricos y empíricos del aprendizaje por observación; de especial interés es el capítulo segundo, que trata sobre el aprendizaje observacional, así como el séptimo, sobre los motivadores vicarios.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. El modelo elegido para enseñar una habilidad nueva a un niño mediante modelado debería mostrar:

   a) Un completo dominio de la habilidad requerida desde el principio.
   b) Características bastante diferenciadas del niño que observa para mejorar el contraste.
   c) Una competencia baja al principio y una mejora gradual.

2. En un entrenamiento a un grupo de padres en técnicas educativas mediante la observación de modelos, el hecho de pedirles que categoricen las conductas del modelo (anotándolas en una hoja de registro) afectará:

   a) Positivamente a la eficacia de la técnica de modelado.
   b) Negativamente, porque distrae de la observación del modelo.
   c) Sólo mejorará el modelado a los padres más distraídos.

3. En la técnica de automodelado se debe mostrar al sujeto:

   a) Los aspectos positivos de su conducta y los negativos haciendo énfasis en éstos con objeto de que los pueda modificar.
   b) Los aspectos positivos.
   c) Se muestran los positivos y los negativos, pero sólo se insiste en los positivos.

4. En un entrenamiento de conductas para una entrevista: postura, contacto visual y gestos de la cara, tras el ensayo de la conducta, al dar feedback, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

   a) Ha estado bastante bien.
   b) Ha estado bien, pero hay que hablar más de la experiencia laboral que tienes en esta área.
   c) La mirada ha estado bien, has mantenido bien el contacto ocular, los gestos de la cara también bien, has sonreído en el comienzo y se ha percibido que atiendes.

5. En el modelado participante, el terapeuta ha de prestar ayudas físicas y verbales, las cuales han de:

a) Ser mayores según progresa el tratamiento al aumentar la dificultad de las tareas.
b) Seguir manteniéndose de igual manera a lo largo del tratamiento.
c) Ir desvaneciéndose progresivamente.

6. En un programa de modelado en niños para prevenir el miedo a un procedimiento médico, dirigido a niños de 9 años, podríamos aseverar que la observación de un modelo adecuado enfrentándose a la situación (un vídeo de unos 15 minutos) una hora antes de sufrir la intervención:

a) Reducirá su nivel de estrés.
b) Reducirá el estrés si se realiza una repetición de las secuencias entrenadas.
c) Probablemente el entrenamiento sea inefectivo.

7. El refuerzo vicario puede mantener la conducta aprendida mediante modelado en un sujeto:

a) Incluso sin que obtenga reforzamiento directo cuando emite la conducta observada.
b) Sólo si se obtiene reforzamiento directo por la conducta.
c) Sólo si el tipo de refuerzo que recibe es tangible.

8. Si estamos llevando a cabo un entrenamiento asertivo, y queremos que se aprenda la diferencia entre un comportamiento pasivo, uno agresivo y otro asertivo, lo más apropiado sería exponer al observador:

a) A los modelos agresivo, pasivo y asertivo en este orden.
b) Poner sólo el modelo asertivo.
c) Poner los modelos agresivo, asertivo y pasivo en este orden.

9. Para favorecer el aprendizaje mediante modelado de una habilidad es conveniente al comienzo llevar a cabo el entrenamiento en:

a) Ambientes diferentes de los habituales del sujeto para controlar mejor los estímulos.
b) El medio ambiente natural del sujeto.
c) Cualquier tipo de ambiente, lo importante es que se aprendan las secuencias de conducta.

10. Al modelar una habilidad podemos hacer que en un grupo de niños cada uno de forma rotativa haga de modelo para los otros compañeros, que observan su conducta y repiten sus acciones, y les dé feedback (con la supervisión del entrenador); cada uno va haciendo de modelo y observador. Esta forma de entrenamiento:

a) Mejora el aprendizaje.
b) Enlentece el aprendizaje.
c) Es igual que si el entrenador hiciera de modelo.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	a	b	c	c	b	b	a	b	a

Técnicas de biofeedback 17

MIGUEL ÁNGEL VALLEJO

1. INTRODUCCIÓN

Las técnicas de biofeedback permiten modificar voluntariamente una determinada respuesta o actividad fisiológica. Son técnicas de modificación de conducta en las que el objeto de modificación es una actividad fisiológica: el latido cardíaco, la respiración, la tensión muscular o la actividad cerebral cortical, por ejemplo. Hecha esta matización, las técnicas de biofeedback tienen una naturaleza similar a la de las técnicas de control de contingencias: la adquisición de conductas mediante la práctica. Al igual que aprendemos a caminar, a dirigirnos al camarero o a hacer un comentario, practicando en las situaciones en que hay que actuar de ese modo y asumiendo (recibiendo) los resultados de nuestras acciones, del mismo modo, practicando y observando los resultados de nuestra práctica, podemos dirigir, dentro de unos límites, nuestro latido cardíaco o la cantidad de sangre que fluye en un área del cuerpo.

Dejando a un lado, lo veremos enseguida, cómo es posible aprender a controlar diversas actividades fisiológicas, convendría empezar por una pregunta más práctica: ¿Para qué actuar directamente sobre la actividad fisiológica? Ya tenemos procedimientos que modifican dicha actividad. Cuando aplicamos un programa para que una persona realice actividades agradables, al efectuar dichas actividades también se producen cambios fisiológicos que son muy distintos de los que acontecen cuando está afrontando una situación problemática. También, por supuesto, tenemos técnicas que inciden de forma más concreta sobre lo fisiológico, como lo hacen las técnicas de relajación y de respiración. Podemos decir, en general, que los psicólogos, mediante nuestras técnicas, modificamos lo fisiológico a través del comportamiento y del pensamiento de las personas que atendemos. No de forma directa.

Contar con una forma de intervención directa es un valioso recurso porque la acción indirecta es, por propia naturaleza, genérica e inespecífica. Así, cuando, por ejemplo, en el caso de una cefalea vascular, es preciso conseguir la vasodilatación de una arteria o un área específica, poder dirigir la acción terapéutica hacia ese lugar concreto mejora la efectividad de la intervención. Sin embargo, hay un motivo aún más valioso para esta acción directa. La actividad fisiológica está sujeta a influencias voluntarias: controladas y verbales, e involuntarias: servomecanismos y procesos de regulación automáticos, no accesibles al control verbal. Mediante las técnicas de biofeedback puede actuarse sobre esos servomecanismos y procesos de regulación, que son inaccesibles a las técnicas basadas en el control verbal. Así, los efectos emocionales, automáticos y no verbales tendrían en las técnicas de biofeedback un modo de actuación preciso.

De este modo el psicólogo cuenta con una herramienta singular, que completa sus recursos terapéuticos. Dicha herramienta no es parangonable a ninguna otra, ni siquiera al uso de fármacos, puesto que éstos actúan de forma indirecta sobre la actividad fisiológica a controlar.

2. BASES TEÓRICAS

La razón por la que es posible aprender a controlar una respuesta fisiológica es, como se avanzó hace un momento, la misma que explica el aprendizaje de cualquier otra actividad, a saber: el ejercicio y experimentación de los efectos de dicho ejercicio. Aprendemos a sacar punta al lápiz ejercitándonos en su introducción conveniente en el sacapuntas y ejerciendo la presión, giro, etc., necesarios para obtener el resultado deseado. Cuando la acción es incorrecta, el resultado es la rotura de la punta, el afilado irregular, etc. La práctica va moldeando la ejecución hasta que aprendemos a hacerlo y a obtener unos resultados óptimos. Es un caso de adquisición de una conducta mediante contingencias. Por más que alguien explique (aprendizaje verbal, mediante reglas) cómo debe hacerse, sólo la experimentación permite, finalmente, adquirir la habilidad.

El aprendizaje o entrenamiento en biofeedback es un caso de moldeado en el que la actividad a realizar es el control de una respuesta fisiológica concreta. Pongamos que se desea ejercer un control sobre la temperatura periférica en los dedos de la mano. Lo que se necesita es que pueda conocerse, durante el entrenamiento, qué temperatura se tiene en cada momento. De otro modo, no sabríamos si conseguimos el objetivo: las actividades dirigidas al control de la temperatura no tendrían unas consecuencias visibles, no habría ni refuerzo positivo (ver que la temperatura aumenta) ni castigo, supuesto que el ver que la temperatura disminuye pueda ser considerado como un estímulo negativo. En consecuencia, una vez que la persona está en condiciones de ver el resultado de sus acciones, mediante un aparato que le provee de la información necesaria, puede disponerse a practicar, a dar ocasión de que los cambios que le permitan ejercer el control sobre la actividad fisiológica vayan seguidos de la consecución del objetivo, el aumento de la temperatura en nuestro ejemplo. Sin embargo, y aquí viene la cuestión más peliaguda, ¿a practicar qué?, ¿a hacer qué? Si el entrenamiento en biofeedback es, como hemos sostenido hasta aquí, un caso de moldeado, de condicionamiento operante, la respuesta más parsimoniosa es que no hay que hacer nada, sólo esperar. En efecto, como el lector conoce, una persona (o un organismo) está continuamente emitiendo distintos tipos de respuestas o actividades denominadas operantes libres; son actividades espontáneas que no van seguidas de un reforzamiento contingente, motivo por el cual tienen un comportamiento irregular y en cierto modo aleatorio. Esto es válido para todo tipo de actividad y especialmente para las de tipo fisiológico, responsables de la regulación fisiológica. Así que la persona sólo ha de mirar el indicador que marca la temperatura, porque de forma automática y natural en el momento en que vea que la temperatura aumenta, lo que ocurrirá con toda seguridad de modo inicialmente aleatorio, se producirá un ensayo de condicionamiento operante que afectará a las respuestas fisiológicas que han sido contingentes al aumento de la temperatura. Para que el aprendizaje y el control se establezcan, sólo es necesario, como es bien conocido, que el número de ensayos de condicionamiento aumente, lo que ocurrirá de forma progresiva y natural, siempre que la persona se siente frente al aparato con la intención de aumentar su temperatura y esté dispuesta a esperar.

No deja de ser desalentador que la persona no tenga nada que hacer, sólo mirar el aparato. Desalentador para el psicólogo, que ejerce su actividad terapéutica dando indicaciones y recomendaciones, y para el paciente, que, en general y en congruencia con el rol activo que se propugna desde la propia modificación de conducta, está predispuesto a hacer algo por su propia cuenta. Sin embargo, conviene recordar aquí que este tipo de aprendizaje fue demostrado inicialmente en ratas por Neal Miller y Leo V. DiCara en 1967. Los animales consiguieron controlar su frecuencia cardíaca sin que obviamente tomaran una postura activa en el sentido de control verbal que es aplicable a los humanos.

La referencia básica, por tanto, del porqué del entrenamiento en biofeedback es el condicionamiento operante, el aprendizaje instrumental, paradigma bien conocido que sustenta gran parte de las técnicas de modificación de conducta. En virtud de él es posible, como ha quedado dicho, aprender mediante contingencias de forma ajena al control verbal. Sin embargo, el condicionamiento operante da también cabida a otras condiciones de aprendizaje y experimentación, que sí pueden tener una referencia

verbal. La persona que busca controlar su temperatura periférica puede, como alternativa a ser mera observadora y dejar que el condicionamiento se establezca, tomar la iniciativa y, por ejemplo, pensar que se encuentra plácidamente en una playa, evocar imágenes asociadas a un aumento de la temperatura, relajarse, etc. Entonces el entrenamiento en biofeedback, en lugar de ser una condición abierta de experimentación, se convierte, principalmente, en un laboratorio en el que poder comprobar y ajustar las estrategias disponibles o sugeridas para controlar la temperatura. De este modo se transfiere a actividades más o menos verbales y voluntarias el control de la actividad fisiológica. También se le puede pedir a la persona que trate de identificar las sensaciones somáticas que preceden a los cambios en la temperatura, lo que, supuestamente, potenciaría el componente discriminativo del condicionamiento operante.

Cada una de las posibilidades señaladas y otras más corresponden a diversos modelos que han tratado de explicar el entrenamiento en biofeedback. Todos, como se ha dicho, tienen como punto básico de referencia el condicionamiento operante y destacan más o menos alguno de sus componentes. Sin despreciar la utilidad del biofeedback como ayuda o complemento de otras técnicas, lo genuino de éste es su capacidad para actuar fuera del dominio verbal y sobre procesos que se encuentran alejados de dicho dominio: servomecanismos fisiológicos de procesamiento automático. La forma en que se ejerce dicho aprendizaje y control es, la mayor parte de las veces, inexplicable para el propio paciente, aun cuando éste pueda asociar dicha habilidad a sensaciones que puedan tener algún tipo de representación simbólica capaz de rememorar o llamar su atención, en el dominio de la emoción, sugestión y de la metáfora. Un modelo que aborda este aspecto es el de Lacroix (1981), diferenciando entre lo que denomina feedback, primera parte del proceso, y feedforward, que corresponde a la segunda parte.

3. PROCEDIMIENTO

El procedimiento de aplicación depende en un rango variable del tipo de biofeedback que se va a utilizar. También influye el objetivo del entrenamiento: no es lo mismo utilizar biofeedback electromiográfico para reducir la tensión muscular que para potenciar un músculo tras una afectación neuromuscular. Finalmente, también tiene su importancia cómo se integre el biofeedback en el programa de tratamiento del caso. Trataremos de abordar, en la medida de lo posible, estos aspectos a lo largo de este apartado.

3.1. Tipos de biofeedback

Para que una actividad fisiológica sea susceptible de ser objeto de entrenamiento mediante biofeedback, debe poder ser detectada, procesada y presentada a la persona de modo que el aprendizaje pueda llevarse a cabo. La detección debe realizarse sin interferir en los sistemas naturales de autorregulación, pues de otro modo se impediría el aprendizaje. Esto excluye medios invasivos de captación: agujas, catéteres, etc. Además, debe poder garantizarse que los cambios producidos en la actividad fisiológica en cuestión puedan ser detectados de forma inmediata y precisa, y así podérselos mostrar a la persona que va a ejercitarse en su control.

Los aspectos técnicos relativos a la instrumentación psicofisológica, el procesamiento de la información e incluso su tratamiento mediante ordenador no serán considerados aquí. El lector debe consultar el capítulo relativo a la evaluación psicofisológica, pues en él se abordan la mayoría de estos aspectos instrumentales. Así, las actividades fisiológicas susceptibles de ser entrenadas mediante biofeedback vienen determinadas por la existencia del instrumental, aparatos que permitan obtener dicha actividad en las condiciones señaladas hasta aquí en el texto, y de su relevancia clínica, esto es, de la utilidad clínica que pueda tener el entrenamiento. Los principales tipos de feedback son los siguientes:

1. BF EMG. El biofeedback electromiográfico provee información de la actividad del músculo o del grupo muscular sobre el que están colocados los electrodos (siempre electrodos de superficie). Esto permite que

la persona aprenda a controlar la tensión y distensión del músculo en cuestión. Se actúa sobre músculos o grupos musculares específicos y existe, además, la posibilidad de trabajar con más de uno simultáneamente al utilizar más canales, un canal por cada músculo o grupo muscular. El biofeedback, en ese caso, será una combinación de las actividades recogidas.

2. BF EEG. El biofeedback de la actividad eléctrica de la corteza cerebral, también llamado neurofeedback, permite, a través de la actividad eléctrica captada por los electrodos situados en la cabeza, potenciar, reducir y coordinar determinados ritmos cerebrales en relación con su ubicación cortical. Este tipo de biofeedback, que tuvo una notable importancia en el desarrollo de este campo y pasó posteriormente por un período de menor interés, vuelve ahora a tener una gran relevancia merced a la mejora instrumental y a las investigaciones realizadas.
3. BF de volumen sanguíneo. Provee información de la cantidad de sangre que pasa por una determinada zona vascular, justamente aquella bajo la que está dispuesto el sensor fotoeléctrico correspondiente. Permite así una información de la actividad vasomotora (dilatación y constricción) del lugar en cuestión, por lo que la persona puede aprender a aumentar y/o disminuir el flujo sanguíneo en dicha zona. Este tipo de biofeedback puede aplicarse en conjunción con el neurofeedback; de este modo se relaciona la actividad cortical con los recursos metabólicos (flujo sanguíneo) de dicha zona. Surge así el denominado «neurofeedback hemoencefalográfico».
4. BF de temperatura. Muestra la temperatura periférica de la zona del cuerpo donde está ubicado en sensor. La temperatua de la piel depende, en gran medida, del riego sanguíneo de la zona subyacente, por lo que es también un índice de la actividad vasomotora, influida naturalmente por el sistema nervioso autónomo. La temperatura cambia de un modo más lento que el volumen de sangre que llega a la zona. Así, cuando el volumen de sangre recoge los cambios de forma inmediata, latido a latido del corazón, la temperatura lo hace de un modo más lento y promediado.
5. BF del latido cardíaco. Facilita información sobre el latido cardíaco con la finalidad de aprender a controlarlo. En el pasado la única información relevante al respecto era la frecuencia cardíaca, el número de latidos por minuto. Así el biofeedback de frecuencia cardíaca se utiliza para reducir el ritmo cardíaco o para regularizarlo, caso de determinado tipo de arritmias. Desde hace algunos años también se utiliza la variabilidad de la frecuencia cardíaca, en lugar de su promedio, como actividad objeto de entrenamiento. El biofeedback de variabilidad de frecuencia cardíaca permite estimular las influencias vagales en el latido cardíaco y favorecer su capacidad de adaptación a las demandas del medio.
6. BF de la actividad dermoeléctrica. Ofrece información sobre la conductancia de la piel en la que están colocados los electrodos (habitualmente las falanges 1.ª o 2.ª de los dedos índice y corazón). Dado que los valores de la conductancia dependen del sistema nervioso simpático, la persona aprender a controlar su nivel general de activación.
7. BF de la presión sanguínea. Ofrece una medida de la presión arterial con la finalidad de que la persona aprenda a controlarla. Se centra en el valor sistólico de la presión y se puede obtener mediante dos procedimientos. El primero es mediante un esfigmomanómetro: según el procedimiento más tradicional, se infla el manguito hasta una presión que deje pasar la sangre en el 50 por 100 de las fases sistólicas, entrenándose la persona en disminuir ese porcentaje. Otra opción es estimar la presión sistólica según el tiempo que el latido cardíaco necesita para recorrer un trayecto conocido: arteria humeral y radial, por ejemplo, o de la onda R del elec-

trocardiograma a la arteria radial. Ambos procedimientos, el esfigmomanómetro y la estimación por la velocidad del pulso, presentan dificultades y problemas diversos que hacen que este tipo de biofeedback sea poco utilizado.

8. BF electroquinesiológico. Transforma una actividad en una señal eléctrica que facilita el aprendizaje. Constituye un complemento del BF EMG en aquellos casos en que éste no puede utilizarse, o no sería práctico hacerlo. Por ejemplo, puede dar información sobre el grado de apertura que se alcanza con la extensión de una determinada articulación, o de movimientos complejos o sustentación, en el caso de problemas neurológicos, parálisis cerebrales, por ejemplo.
9. BF de presión. Ofrece información de la presión que se ejerce por parte de determinada zona del cuerpo sobre un transductor preparado al efecto. Las sondas de presión, por ejemplo, pueden ser utilizadas para que la persona aprenda a controlar los músculos del cuello del útero o la vagina, o del esfínter anal, en los casos en que haya una disfunción en ellos.

3.2. Variables relacionadas con el entrenamiento

El BF es un caso del moldeado en la adquisición de una respuesta: el control de la actividad fisiológica objeto de entrenamiento. En consecuencia debe atenderse a los parámetros de todo moldeado, a saber: el estímulo reforzador utilizado, la respuesta inicial de que se parte y la programación de los pasos intermedios, las aproximaciones sucesivas, a la meta. A continuación se abordarán someramente estos aspectos:

3.2.1. *Características del feedback*

El modo en que el aparato que capta y registra la actividad fisiológica se la muestra a la persona es un elemento clave del entrenamiento. Opera como el estímulo reforzador que permite que se lleve a cabo el aprendizaje. Por ello, debe tener unas características concretas. La primera tiene que ver con la forma de presentación de la información en sí. Los aparatos portátiles suelen disponer solamente de una señal auditiva que cambia aumentado o disminuyendo la frecuencia en que aparece, se trata de un tono que aumenta o disminuye su frecuencia, o del volumen de un mismo tono que se hace más o menos perceptible. Este tipo de feedback que puede escucharse a través de unos auriculares tiene la ventaja de que la persona no debe atender visualmente el aparato. Un caso frecuente en su utilización es el de la respuesta dermoeléctrica. Es el tipo de feedback más simple y menos informativo y requiere ajustar el aparato con relativa frecuencia, pues el rango en que funciona el feedback auditivo es limitado a un pequeño intervalo del cambio de la actividad fisiológica.

El feedback visual, incluido en aparatos portátiles y aparatos de entrenamiento más completos, permite presentar la información de forma más rica y atractiva. El uso de relojes analógicos (vúmetros), contadores digitales, líneas o columnas de LEDs ofrece más información y de modo más claro y llamativo. Además, cuando la actividad tiene un valor absoluto, como la temperatura, facilita dicho valor de modo inequívoco. El atractivo de la información tiene, además, un valor adicional de refuerzo, habida cuenta de que opera como un estímulo reforzador positivo. Esto es especialmente relevante en el caso de los niños. Por otro lado, las posibilidades de feedback visual e incluso su combinación con el auditivo alcanzan su máxima efectividad informativa y atractivo cuando se utilizan aparatos de biofeedback que se conectan al ordenador y cuentan con programas informáticos específicos. Entonces, el monitor del ordenador permite un sinfín de posibilidades de feedback visual, realmente atractivas para adultos y niños. Incluye incluso simulaciones de juegos que responden a los cambios obtenidos en la actividad fisiológica que está siendo entrenada.

La combinación del feedback auditivo y el visual sólo tiene sentido si no genera confusión y es desaconsejable, a no ser que se cuente con un sis-

tema computarizado. Esto mismo puede decirse del entrenamiento en más de una actividad fisiológica al tiempo. La persona sólo debe recibir una información (feedback) única que recoja el resultado de los cambios en las actividades fisiológicas que se están registrando. Esto sólo se puede hacer de forma efectiva mediante sistemas computarizados.

3.2.2. *Proceso de entrenamiento*

Como procedimiento de moldeado, el entrenamiento en BF requiere que inicialmente se refuerce el más mínimo cambio en la actividad fisiológica para luego ir progresivamente reforzando cambios mayores. Esto supone que el aparato de BF debe estar programado, en el comienzo, de modo que facilite feedback continuo con un rango alto de sensibilidad, para ir reduciendo progresivamente el grado de sensibilidad y optar incluso por otra modalidad menos informativa de feedback, la modalidad binaria. En esta modalidad la persona no recibe feedback continuo a cada cambio de actividad, sino que sólo recibe una señal cuando alcanza el objetivo propuesto. Así que, por ejemplo, en el entrenamiento en BF EMG de reducción de tensión muscular frontal, inicialmente feedback continuo y conforme avanza en el control de la respuesta, se programa el aparato para que sólo le informe con un sonido cuando alcance un valor por debajo de 1,5 microvoltios.

La falta de información que conlleva el feedback binario es útil en la fase final del entrenamiento y puede, además, ser conveniente cuando la información continua puede ser contraproducente, caso, por ejemplo, del entrenamiento en BF de frecuencia cardíaca. En efecto, el que la persona esté pendiente latido a latido del número de pulsaciones por minuto puede interferir en su control, de modo que una información binaria de alcanzar o no un determinado valor puede ser más útil.

3.3. Aplicación

El entrenamiento en BF debe enmarcarse en el proceder general de las técnicas de modificación de conducta. Ello requiere la evaluación conductual del caso y el análisis funcional de la conducta. Este último debe realizarse en el marco de la evaluación psicofisiológica. No basta con el hecho de que el paciente tenga una cefalea tensional para considerar que debe ser tratado con BF EMG de los músculos frontales, por ejemplo. Saber, mediante el protocolo correspondiente de evaluación psicofisiológica, cuál es la tensión que tiene, si la percibe, en qué momentos la percibe, qué hace, si acaso toma alguna iniciativa, para controlarla, o por el contrario no tiene preocupación alguna al respecto. Delimitar qué situaciones concretas afectan a la tensión y de qué modo, etc., es relevante no sólo para optar o no por el uso del BF, sino también sobre cómo aplicarlo, caso de que así se decida.

3.3.1. *Objetivos*

Antes de comenzar el entrenamiento en BF, deben establecerse los objetivos a lograr, los medios y el tiempo estimado para ello. La definición de los objetivos requiere un buen conocimiento de la actividad fisiológica a entrenar y, obviamente, la relación con el trastorno del paciente. Por ejemplo, una reducción de la tensión muscular frontal hasta 1-1,5 microvoltios es adecuada. Reducir la tensión más allá de esos valores no tiene sentido, en general. Tampoco tiene sentido alcanzar una mayor capacidad muscular en el antebrazo izquierdo, en un entrenamiento en reeducación neuromuscular, que en el antebrazo derecho, no afectado.

También es preciso establecer la duración del entrenamiento antes de iniciarlo. Es conocido que un mal uso del BF es utilizar entrenamientos cortos; sin embargo, tampoco la solución es alargarlos en exceso.

3.3.2. *Sesión inicial o de demostración*

Da inicio al conjunto de las sesiones de entrenamiento y es el momento y lugar adecuados para explicar y enseñar al paciente cómo se lleva a cabo dicho entrenamiento. Debe caracterizarse, por tanto,

por la facilitación, con ejemplos prácticos, de las instrucciones generales y específicas sobre el uso del BF, además de reproducir una sesión de entrenamiento tipo. Se pretende informar del proceso general del entrenamiento eliminando ideas erróneas o expectativas inadecuadas del sujeto antes del entrenamiento. En consecuencia se debe atender los siguientes aspectos:

a) Explicación de la regulación psicofisiológica. Debe recalcarse el papel de los distintos sucesos ambientales en la actividad fisiológica objeto de entrenamiento. Para ello ha de recurrirse a la información previa de la evaluación psicofisiológica y reproducir mediante estímulos ambientales los cambios en la respuesta. Estos estímulos pueden ser sonidos, hablar con el psicólogo, actividades que realice el sujeto (hablar, moverse, etc.) o pensamientos o imágenes. Es bueno que el paciente compruebe la relación entre cambios ambientales y la actividad fisiológica.

b) Información concreta sobre la actividad fisiológica que va a ser entrenada, especialmente cuando ésta sea compleja y además la persona tenga poca información al respecto. Por ejemplo, en el caso del neurofeedback se debe señalar que la actividad electroencefalográfica recogida es el resultado del funcionamiento coordinado de la superficie del cerebro, justamente en las zonas en que se lleva a cabo el mayor grado de integración, según las funciones que corresponden a cada zona.

c) Información acerca de la respuesta en términos de sus características, en el marco general de intervención con respecto a su problema. El control de la respuesta es útil para la solución del problema clínico pero, casi nunca, es el responsable único de dicha solución. El que la persona adquiera habilidades para manejar las situaciones problemáticas relacionadas con el problema suele ser también necesario. Por tanto, no es bueno que la persona vincule el éxito del tratamiento sólo al BF.

d) Ejemplificación del entrenamiento, que debe incluir: operaciones de preparación y colocación del aparato (preparación de la piel, colocación de electrodos, transductores, etc.); explicación de las características generales del aparato, haciendo hincapié en que éste simplemente capta o recibe una señal fisiológica, no produce estimulación activa alguna; explicación del feedback visual del aparato, lectura directa e indicadores asociados, así como rangos de medida; explicación del feedback auditivo, con sus variaciones y alternativas de presentación; colocación del sujeto de acuerdo con los requerimientos del entrenamiento, postura, movimientos, etc.; y realización de actividades en las que el sujeto pueda observar la variación contingente de la señal del aparato con sus respuestas. En el caso del feedback electromiográfico, resulta fácil mediante la realización de una contracción muscular y la observación de sus resultados. En el resto de las respuestas se realizarán actividades similares, por ejemplo contener la respiración en el feedback de actividad electrodermal, frecuencia cardíaca o presión arterial. En otros, como la temperatura periférica, exponer el sensor al aire y después acercarlo a una fuente de calor o al dedo del sujeto.

e) Instrucciones de entrenamiento. Una vez dadas las explicaciones correspondientes y dispuestas las condiciones, aparato, etc., para el entrenamiento, es preciso indicarle al sujeto qué debe hacer durante las sesiones. Las instrucciones precisas se incluyen integradas en la sesión de entrenamiento.

3.3.3. *Sesiones de entrenamiento*

El objetivo de cada sesión de entrenamiento es conseguir el control sobre la actividad fisiológica objeto de entrenamiento. Las instrucciones facilitadas, la forma y modo de presentación del feedback, etc., deben cooperar a ese fin. Es difícil hablar de una sesión de entrenamiento tipo, con independen-

cia del sujeto, la respuesta y el objetivo de la intervención; no obstante, siguiendo las indicaciones de Vallejo y Díaz (1993), se repasará alguno de los elementos básicos que pueden generalizarse con independencia de las especificaciones antes señaladas.

1. La duración de la sesión debe estar en torno a los 30-40 minutos, lo que debe permitir al menos dos ensayos de entrenamiento. La duración de éstos depende también del tipo de actividad fisiológica.
2. Las sesiones no han de tener necesariamente la misma estructura a lo largo de éstas, sino que pueden adaptarse al progreso de la persona. Conforme aumenta el control sobre la actividad fisiológica, puede reducirse la duración del ensayo, de forma que puedan llevarse a cabo más ensayos de menor duración y, en consecuencia, que haya más ocasiones para ejercitar el control.
3. El feedback facilitado debe ser graduado a lo largo de las sesiones de entrenamiento. Como norma general, especialmente en lo que se refiere al feedback auditivo, éste debe estar presente en torno al 80-90 por 100 de la sesión. Esto es, si el sonido disminuye hasta hacerse imperceptible, o por el contrario aumenta hasta saturar el valor máximo, debe ser manipulado en un plazo no superior a un minuto para ajustarle a un nivel informativo correcto. Por otro lado, debe irse introduciendo, conforme avanzan las sesiones de entrenamiento, un feedback de menor capacidad informativa (por ejemplo, pasar de proporcional a binario) para facilitar la generalización. En este mismo sentido, deben incluirse ensayos sin feedback para potenciar dicha generalización.
4. Al final de cada sesión se debe informar al sujeto del grado de control alcanzado a lo largo de la sesión y de cómo evoluciona éste con respecto al total de las sesiones de entrenamiento.
5. Las instrucciones a facilitar antes de comenzar los ensayos de entrenamiento, y que conviene repetir más de una vez, pueden ser de diferentes tipo. A continuación se recogen tres tipos de instrucciones generales, correspondientes a diferentes conceptualizaciones del entrenamiento en BF: pasivas, cuando se pretende que la persona aprenda si más información que la facilitada por el aparato, esto es, por simple condicionamiento operante y sin que utilice estrategias con las que cuente previamente, es el proceso más básico de feedback; activas-discriminativas, en las que la persona experimenta con estrategias previamente establecidas, buscando priciplamente el ajuste y mejora de dichas estrategias mediante un proceso de feedforward; y activas-integradoras, que incluyen un conjunto más amplio de estrategias de autocontrol. En todos los casos las instrucciones iniciales serán las mismas, como el matiz que corresponda a cada aparato y actividad fisiológica: «Este aparato mide su tensión muscular en la frente. Este sonido aumentará, conforme lo haga la tensión en su frente, disminuyendo, por el contrario, si ésta disminuye, hasta dejar de oírse cuando su tensión sea menor del valor que hemos fijado (por ejemplo, 5 microvoltios). A esta parte común han de añadirse las instrucciones específicas, según el tipo seleccionado:

— *Pasivas:* «Usted debe intentar que el sonido disminuya lo más posible. *Para conseguirlo no ha de hacer nada en especial,* simplemente atender al sonido. Poco a poco constatará que puede ir controlando el sonido sin necesidad de esfuerzos especiales. No espere conseguir controlar el sonido de forma inmediata, pues como en todo entrenamiento se requiere tiempo para lograrlo».
— *Activo-discriminativas:* «El objetivo consiste en que usted aprenda a identificar los sucesos o sensaciones que se producen en su organismo ayudado por los cambios en el sonido del aparato. Así

aprenderá a identificar cómo determinados pensamientos, sensaciones o estímulos facilitan cambios en su organismo como le irán señalando los cambios en el sonido del aparato. No espere identificar estas respuestas de manera inmediata: como en todo aprendizaje, se requiere tiempo para lograrlo, pero una vez que aprenda a identificarlas le será más fácil poder controlarlas».

— *Activo-integradoras:* «El objetivo consiste en que usted aprenda a identificar los sucesos o respuestas que se producen en su organimo, ayudado por los cambios en el sonido del aparato. Tras aprender a identificar cómo ciertos pensamientos, sensaciones, emociones o estímulos facilitan cambios en su organismo, ha de utilizar éstos para producir a voluntad los cambios deseados y controlar así la respuesta objeto de entrenamiento. También puede utilizar otras estrategias, como la relajación, o imaginar situaciones agradables. En cualquier caso, el sonido del aparato le señalará en todo momento la eficacia de sus estrategias. Entrene especialmente aquellas que le resulten más eficaces. No espere conseguir resultados de forma inmediata: como en todo aprendizaje se requiere un tiempo para lograrlo».

6. Existe cierta polémica sobre si el psicólogo debe estar presente a lo largo de toda la sesión de entrenamiento. En unos casos la ausencia puede ser percibida por el paciente como desinterés, sin embargo en otros esa ausencia puede facilitar una mayor libertad para experimentar con los pensamientos y sensaciones que se presentan a lo largo de la sesión. Lo más recomendable puede ser que el psicólogo esté presente durante la totalidad de las primeras sesiones. Una vez que el tratamiento avanza, puede dejar al sujeto solo durante breves períodos de tiempo, si esto no produce interrupción alguna y, por el contrario, facilita el entrenamiento.

3.3.4. *Finalización del entrenamiento*

El entrenamiento debe finalizar una vez que se haya conseguido el objetivo establecido de antemano. El primer elemento que debe considerarse como criterio indicativo del éxito del BF es la adquisición del control voluntario sobre la respuesta. No basta con el cambio en el nivel basal de la actividad fisiológica, es necesario que se demuestre control sobre ella. No obstante, en algunos casos, aun consiguiéndose un control adecuado, puede no concurrir una mejoría clínica, pues ésta, como se ha señalado, habitualmente no depende sólo del entrenamiento en BF, sino de un programa de intervención más amplio, en el que el BF está incluido. Si conseguido el control voluntario no se produce la mejoría clínica, debe seguirse con el programa de tratamiento previsto y no insistir en el BF, lo que no quiere decir despreciarlo, o considerar que no ha tenido efecto terapéutico alguno. Simplemente se ha cubierto una etapa de la intervención general sobre el caso.

En otras ocasiones la importancia de la mejoría clínica observada cuando aún se está utilizando el BF puede hacer que el paciente plantee directa o indirectamente la suspensión del entrenamiento. Dado que si se suspende el tratamiento cuando aún no se ha asegurado el control de la respuesta cabe la posibilidad de que un inadecuado aprendizaje pueda restar solidez a la mejoría clínica, parece más conveniente prolongar por un tiempo limitado el entrenamiento (dos semanas, por ejemplo). Si tras ese período la ganancia terapéutica sigue manteniéndose, puede darse por concluido el entrenamiento.

4. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

El BF se ha aplicado a un amplio número de trastornos clínicos, como puede verse en la tabla 17.1. En algunos de ellos hay suficiente evidencia expe-

TABLA 17.1

Aplicaciones de las técnicas de biofeedback

Transtorno	Tipo de biofeedback
— Adicción a la cocaína	— EEG, alfa-theta, beta y ritmo sensoriomotor
— Agorafobia	— Conductancia de la piel, temperatura periférica
— Alcoholismo	— EEG, alfa-theta, beta y ritmo sensoriomotor
— Ansiedad	— EEG, alfa
— Arritmias	— Frecuencia cardíaca, variabilidad cardíaca
— Asma	— Volumen de aire espirado, EEG
— Autismo	— EEG, alfa
— Bruxismo	— EMG masetero y temporal
— Cefalea tensional	— EMG frontal y trapecio
— Depresión	— Variabilidad cardíaca, EEG
— Disnea	— EMG intercostal
— Dolor abdominal en niños y adolescentes	— Variabilidad cardíaca, temperatura
— Dolor temporomandibular	— EMG
— Dolor en cáncer	— EMG frontal
— Epilepsia	— EEG, alfa, ritmo sensoriomotor
— Estrés postraumático	— Variabilidad cardíaca
— Fibromialgia	— Variabilidad cardíaca, EMG frontal
— Hipertensión esencial	— Temperatura periférica, conductancia de la piel
— Hiperactividad	— EEG, ritmo sensoriomotor
— Incontinencia fecal	— Presión esfínter anal
— Incontinencia urinaria	— EMG perinal
— Insomnio	— EMG frontal, EEG alfa y theta
— Lumbalgia	— EMG músculos paravertebrales
— Migraña	— Temperatura periférica, volumen de pulso sanguíneo de la arteria temporal, EEG
— Trastornos coronarios	— Variabilidad cardíaca
— Trastornos fonatorios	— EMG y feedback acústico
— Tics en niños y adolescentes	— EEG
— Parálisis cerebral	— EMG, electroquinesiológico, plataformas de fuerza
— Raynaud	— Temperatura periférica
— Rehabilitación neuromuscular	— EMG y electroquinesiológico
— Rehabilitación cognitiva en personas mayores y pacientes con trastornos adictivos	— EEG, potenciales lentos
— Vaginismo	— EMG pélvico

rimental para justificar su uso y en otros se trata aún de resultados que requieren más estudios que confirmen su utilidad. Hay, además, consideraciones sobre la combinación del BF con otras técnicas terapéuticas que hacen más compleja aún la cuestión. Se abordarán a continuación los ámbitos más relevantes de aplicación.

4.1. Dolor crónico

El BF ha estado ligado desde sus comienzos al tratamiento del dolor crónico, concretamente de las cefaleas. El BF-EMG es eficaz en el tratamiento de la cefalea tensional, incluso de la migraña (Holroyd, 2002). La American Association of Neurology establece con nivel de evidencia A, el máximo existente, el entrenamiento en relajación, en BF de temperatura combinado con relajación, el BF EMG y la terapia cognitivo-conductual, para el tratamiento preventivo de la migraña (véase http://www.neurology.org/cgi/55/6/754.pdf). No obstante, una revisión más amplia de los estudios realizados muestra que el BF de volumen de pulso obtiene mejores resultados que el BF de temperatura y el BF EMG, aunque los tres obtienen mejores resultados que la ausencia del tratamiento o el placebo (Nestoriuc y Martin, 2007).

Otro síndrome de dolor de interés ha sido la lumbalgia. El BF EMG se ha mostrado, junto con la relajación, útil en este trastorno. Dicha utilidad es superior a la ausencia de tratamiento y también, ligeramente, a programas de terapia cognitivo-conductual, especialmente en lo que respecta a la mejora en la depresión (Hoffman et al., 2007). También se ha utilizado, en el caso de la migraña BF EEG, neurofeedback de potenciales evocados, con resultados prometedores (Siniatchkin et al., 2000). Finalmente, la fibromialgia ha sido también tratada con BF, principalmente con BF EMG inicialmente frontal y posteriormente multicanal, en relación con los diversos puntos dolorosos que, como se sabe, definen un síndrome un tanto complejo y difícil en su comprensión y tratamiento. En la actualidad está comenzando a utilizarse el BF de variabilidad de la frecuencia cardíaca con resultados prometedores (Hassett et al., 2007).

4.2. Trastornos cardiovasculares

El BF abordó, tradicionalmente, la enfermedad coronaria centrándose en la presión arterial. Desde hace algunos años se utiliza el BF de variabilidad de la frecuencia cardíaca para tratar a este tipo de pacientes y mejorar su funcionalidad cardíaca y reducir así la morbilidad y mortalidad, con unos resultados positivos que incitan a difundir este recurso terapéutico (Nolan et al., 2005; Del Pozo et al., 2004). Otra área tradicional en que el BF ha mostrado su eficacia es en los síndromes vasoconstrictivos y concretamente en el síndrome de Raynaud. El BF de temperatura es considerado un tratamiento bien establecido (Katsamanis et al., 2006).

4.3. Trastornos neurológicos

El BF EEG, que tradicionalmente se ha centrado en el aumento de determinados tipos de actividad cortical, se ha dirigido en los últimos años a potenciales concretos: variación negativa contingente y potenciales lentos corticales. El neurofeedback se acerca así, merced a la felicidad del procesamiento de las señales, a actividades corticales relacionadas con trastornos concretos. La epilepsia es uno de estos trastornos, que mejora entrenando una disminución de los potenciales lentos y disminuyendo el ritmo theta (4-8 Hz) del córtex sensoriomotor (Monderer, 2002).

La hiperactividad es también una indicación del neurofeedback. Los protocolos mejor establecidos son los dirigidos a producir potenciales lentos positivos y negativos, o los que buscan una disminución del ritmo theta (4-8 Hz) mientras aumenta el beta (12-20 Hz); ambos protocolos se han mostrado igualmente eficaces en el tratamiento de este trastorno (Leins et al., 2007).

4.4. Sobre la comparación con otras técnicas de modificación de conducta

Resulta difícil la comparación de una técnica de modificación de conducta aislada, como es el bio-

feedback, con un conjunto a veces indeterminado de técnicas como la denominada terapia cognitivo-conductual. El interés de la comparación es evidente, permite saber si un acercamiento monotécnica puede ser más eficaz que un programa que incluye técnicas que abordan la modificación de conductas concretas, potencian la adquisición y práctica de nuevos recursos, abordan aspectos cognitivos, etc. No obstante, resulta un tanto chocante que una técnica sencilla pueda siquiera ser comparada con otra más compleja y, por ende, más ajustada a la por todo el mundo aceptada mayor complejidad del comportamiento humano. En el caso de que el biofeedback sea más eficaz que un tratamiento estándar cognitivo-conductual, como recoge Holroyd (2002), esto sólo puede deberse a que actúe sobre aspectos distintos sobre los que lo hace el tratamiento convencional o que lo haga de forma más eficaz, tanto que supere a una intervención considerada como más compleja.

La eficacia del biofeedback, en este sentido, en el tratamiento de las cefaleas siempre ha resultado un tanto sorprendente. La disfunción fisiológica que origina la cefalea puede ser resuelta por el entrenamiento en biofeedback de una forma sencilla y eficaz. Se trata así de facilitar una condición de reajuste de los sistemas de regulación fisiológicos naturales. Asunto este de poca materia psicológica, entendida ésta desde la asumida complejidad del ser humano. Hace ya 20 años que Turk y Rudi (1988) llamaban la atención sobre este asunto al referirse al tratamiento del dolor. Observaron cómo los pacientes disfuncionales (altos niveles de dolor, interferencia de éste en sus actividades diarias y bajo nivel de actividad) respondían mejor a los tratamientos como el biofeedback, uso de estrategias de afrontamiento, etc., que los grupos denominados de estrés interpersonal (bajo apoyo social) o de afrontamiento activo. Es posible, por tanto, que haya dos grupos básicos de caracterización de los pacientes. Unos serían aquellos que se ven severamente afectados por el dolor y precisan actuar sobre los aspectos emocionales que pueden aumentar el dolor y reducir, además, el impacto en su vida. El otro grupo estaría compuesto por personas que además presentan problemas interpersonales, sociales o estrategias o estilos de afrontamiento inadecuados para el problema.

5. EJEMPLO DE APLICACIÓN

Ignacio tiene 25 años y padece de migraña. Acude a consulta por recomendación de su neurólogo. Tiene de dos a cuatro episodios de cefalea al mes de una intensidad elevada: 4,5 en una escala de 0-5. Los episodios ocurren generalmente por la mañana y en el ámbito laboral, y aunque no le impiden realizar su trabajo, le resulta difícil seguirlo. No encuentra sucesos concretos desencadenantes del dolor, salvo el cambio del tiempo. En algunas ocasiones, hace tres o cuatro años, recuerda que el dolor aparecía cuando tenía alguna cita con chicas. Hoy día le preocupa conocer el porqué de los episodios de dolor y el que no haya una solución para ellos.

Tras la entrevista inicial se le pide que registre durante la próxima semana la ocurrencia de episodios de dolor, así como su duración, intensidad y la ocurrencia de sucesos que pudieran desencadenarlos. Por otro lado, Ignacio hace algo más de un año que está trabajando como arquitecto en un estudio de arquitectura. Se encuentra satisfecho con su trabajo y tiene múltiples planes de futuro. Sus relaciones sociales son satisfactorias —aunque se declara tímido con las personas desconocidas—, es capaz de hacer amistades y tiene un núcleo de amigos con el que comparte parte de su tiempo. Está a punto de casarse y de emanciparse. Las relaciones con sus padres y hermanos son buenas.

La falta de desencadenantes concretos de carácter psicológico (problemas, situaciones emocionales relevantes, sobrecarga laboral, etc.), así como la inexistencia de otros problemas emocionales, no permite caracterizar las jaquecas como una disfunción ligada a falta de habilidades concretas para afrontar una situación. Incluso más allá de la cefalea en sí, no parece haber problemas concretos en el momento actual, salvo la preocupación natural de que el problema no se resuelva y no se sepa por qué se presenta. Su madre padece jaquecas, aunque en ella sí parece que los enfados las desencadenan con facilidad.

Se pensó que el tratamiento más adecuado del caso era el entrenamiento en biofeedback de temperatura periférica, completado como tarea para casa, con entrenamiento en relajación que reprodujera las condiciones del entrenamiento en biofeedback, centrándose en las sensaciones que experimenta durante el entrenamiento. Se le propuso una sesión de entrenamiento semanal: 5 minutos de adaptación, 13 minutos de entrenamiento, 5 minutos de descanso y 13 minutos de entrenamiento. El entrenamiento en biofeedback le fue explicado del siguiente modo. «Ignacio, sus cefaleas se producen por un desajuste en su actividad vascular periférica y cerebral. Este desajuste no es un problema grave ni tiene implicaciones mayores que los episodios de cefalea que conoce. Este desajuste puede resolverse de forma permanente si facilitamos unas condiciones que favorezcan esa normalidad. La mayor parte de las veces funciona correctamente por sí solo y no aparece la cefalea. Para revertir esa disfuncionalidad sólo tiene que mirar este aparato, que le informa de la temperatura que tiene en el dedo índice de la mano derecha. Un aumento de la temperatura indica la ocurrencia de un cambio vascular que permitirá, de forma automática, que esa disfunción se resuelva. Sólo tiene que mirar el indicador de la temperatura, su sistema fisiológico vascular se ajustará automáticamente. No tiene que hacer nada más.»

Entre sesiones, y como tarea para casa, le pediremos que en días alternos busque un momento en que pueda estar un rato en un lugar tranquilo y durante un tiempo similar al empleado en el entrenamiento en biofeedback se centre en las sensaciones corporales que experimenta, repasando en especial las manos. No debe buscar en especial ni tensión, ni distensión, ni calor ni frío, sino solamente centrarse en las sensaciones que siente.

Ignacio consiguió en la 2.ª sesión de entrenamiento un aumento de 0,6 grados, y a lo largo de las ocho sesiones que completaron el entrenamiento la temperatura aumentaba con facilidad, de 0,3 a 1,4 grados. También practicó las sesiones de relajación que se le propusieron y que según informó le resultaron muy útiles. Experimentó sensaciones de calor y frío en las manos, además de cambios asociados a una buena relajación: aumento del tamaño de las manos, movimientos involuntarios, etc.

Las cefaleas se redujeron en frecuencia, intensidad y duración. Tras iniciar el tratamiento sólo hubo dos episodios y con una intensidad y duración menores. Sí hubo varias falsas alarmas: la cefalea parecía que se iba a presentar de forma inminente pero no llegó a aparecer, para su propia sorpresa.

Como puede verse gracias al pequeño relato precedente, se optó en el caso de Ignacio por unas sesiones de entrenamiento de carácter pasivo, buscando que simplemente actuara el condicionamiento operante. Al no haber desencadenantes concretos, ni siquiera posibles efectos acumulativos de estrés, no pareció adecuado plantear el entrenamiento en biofeedback como un modo de adquirir una respuesta de autocontrol, ni siquiera de control. No había datos en que ni el control ni el descontrol influyesen en los episodios de dolor, así que pareció mejor dejar el tratamiento en el ámbito de la desregulación fisiológica en sí. En ese mismo sentido se optó por unas instrucciones de relajación que buscaban simplemente que experimentara con las sensaciones que ocurrían de forma natural, sin pretender interferir en ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Demos, J. N. (2005). *Getting started with neurofeedback.* Nueva York: Norton.

Libro monográfico sobre el uso del biofeedback EEG. Aborda los fundamentos de la técnica, así como su práctica. Incluye algunos ejemplos de casos clínicos con registros EEG en relación con el entrenamiento.

Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1998). Perspectivas actuales en la aplicación de las técnicas de biofeedback. En M. A. Vallejo (dir.), *Avances en modificación y terapia de conducta: técnicas de intervención,* pp. 213-250. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Supone una actualización del trabajo anterior. Se aborda específicamente el biofeedback EEG o

neurofeedback y sus principales aplicaciones clínicas. Se recogen además las principales aportaciones del biofeedback en las diversas áreas de aplicación.

Schwartz, M. S. y Andrasik, F. (eds.) (2003). *Biofeedback: A practitioner's guide*, 3.ª ed. Nueva York: Guilford Press.

Tercera edición del manual más completo sobre las técnicas de biofeedback. En él se abordan los fundamentos de la técnica, los principios y procedimientos básicos de aplicación, así como su utilización clínica en los trastornos más importantes y consideraciones sobre la práctica profesional.

Vallejo, M. A. y Díaz, M. I. (1993). Técnicas de biofeedback. En M. A. Vallejo y M. A. Ruiz (eds.), *Manual práctico de modificación de conducta*, pp. 341-414. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

En este capítulo se recoge con detalle el procedimiento general de aplicación de las técnicas de biofeedback, con una orientación esencialmente práctica. Se incluye desde el tipo de instrucciones a dar hasta modelos de registro. Se repasan los principales tipos de feedback.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. El entrenamiento en biofeedback en un ejemplo de aprendizaje:

   a) Mediante reglas.
   b) Por contingencias.
   c) Por modelado.

2. El entrenamiento en biofeedback tiene la singularidad de que:

   a) Actúa indirectamente sobre la actividad fisiológica.
   b) Actúa más allá del control verbal.
   c) Tiene un modo de actuación similar al de los fármacos.

3. Señale cuál de las siguientes actividades fisiológicas no puede ser objeto de entrenamiento en biofeedback:

   a) La actividad electrodermal.
   b) La actividad linfocitaria.
   c) La respiración.

4. El BF EMG va dirigido al entrenamiento de:

   a) Músculos concretos.
   b) Grupos musculares.
   c) Las dos alternativas anteriores son correctas.

5. El BF electroquinesiológico constituye un complemento del BF de:

   a) Temperatura periférica.
   b) EMG.
   c) Presión sanguínea.

6. La combinación del feedback auditivo y visual facilita, en general:

   a) Un mejor aprendizaje, sobre todo cuando no se utilizan equipos computarizados.
   b) La confusión del paciente.
   c) Un entrenamiento más completo.

7. El uso del feedback binario es útil:

   a) Al comienzo del entrenamiento.
   b) En la fase final del entrenamiento.
   c) Sólo cuando no hay otra alternativa.

8. Una de las características del entrenamiento en biofeedback es que:

   a) Puede utilizarse fuera del marco general de las técnicas de modificación de conducta.
   b) Requiere una evaluación psicofisiológica previa.
   c) Las dos alternativas anteriores son verdaderas.

9. El uso de instrucciones activo-integradoras supone que el paciente:

   a) No debe hacer nada en particular.
   b) Puede utilizar estrategias o técnicas como la relajación.
   c) No debe utilizar procedimientos verbales.

10. El biofeedback que se muestra menos útil en la actualidad en el tratamiento de los trastornos cardiovasculares es el de:

    a) Presión arterial.
    b) Variabilidad cardíaca.
    c) Temperatura periférica.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	b	c	b	b	b	b	b	a

Condicionamiento encubierto 18

ROSA M. RAICH

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICO-HISTÓRICA

Cautela presentó por primera vez en 1966 una de las técnicas de condicionamiento encubierto: la sensibilización encubierta. Con este procedimiento sentó las bases del condicionamiento encubierto y empezó la saga de las distintas técnicas que fueron descritas posteriormente: reforzamiento positivo encubierto, reforzamiento negativo encubierto (Cautela, 1970a y 1970b), extinción encubierta (Cautela 1971a), modelamiento encubierto (Cautela, 1971b), coste de la respuesta encubierto (Cautela, 1976), parada del pensamiento y tríada del autocontrol (Cautela, 1983).

El condicionamiento encubierto es un modelo teórico que se refiere a un conjunto de técnicas que utilizan la imaginación y que pretenden alterar la frecuencia de la respuesta a través de la manipulación de las consecuencias.

En el planteamiento inicial de este modelo, Cautela tuvo que apoyarse firmemente en el trabajo de Wolpe (1958) sobre desensibilización sistemática, ya que, según Kearney (2006), el empleo de la imaginación en las técnicas conductuales era raro antes de éste.

Así como el psicoanálisis había utilizado ampliamente la imaginación con fines terapéuticos en Europa, en América, a partir de Watson (1924), se impulsó el punto de vista de que la conducta humana se divide en observable y no observable y se supuso que una explicación científica del comportamiento humano debía excluir aspectos no manifiestos.

La mayoría de los teóricos del aprendizaje estudiaron solamente la conducta animal, ya que consideraron que no estaba influida por aspectos mediacionales (Guthrie, 1935; Skinner, 1938; Hull, 1943). Más tarde se impuso en medios conductuales un punto de vista menos dicotomizado (Bandura, 1969; Skinner, 1953, 1963; Terrace, 1971) y se incorporaron sistemáticamente fenómenos no observables al análisis de la conducta.

Skinner (1953) supuso una equivalencia funcional entre los fenómenos observables y los encubiertos, es decir, que los fenómenos que forman parte del ambiente y los que no son manifiestos tenían el mismo «estatus» en la explicación y el control de la conducta humana.

Homme (1965) propuso describir estos fenómenos encubiertos y controlar su frecuencia. Ferster (1973) no se contentó sólo con registrarlos, sino que planteó el análisis de la relación funcional entre las conductas manifiestas y las encubiertas. Terrace (1971) mantuvo que las conductas encubiertas presentes en un individuo eran el resultado de una historia de reforzamiento diferencial mediatizado por otras personas.

A pesar de todas las manifestaciones citadas, la realidad es que el uso clínico de la imaginación no se popularizó hasta que empezó a utilizarse masivamente la desensibilización sistemática.

La preferencia por parte de Wolpe de ésta en imaginación y los resultados aportados determinaron este desarrollo. Las técnicas de condicionamiento encubierto son hijas, en este sentido, de la

desensibilización sistemática, pero así como ésta está orientada solamente a la desaparición de conductas de evitación, las técnicas de condicionamiento encubierto pretenden cubrir la desaparición tanto de conductas desadaptativas de evitación como de acercamiento (por ejemplo en las adicciones).

2. BASES TEÓRICAS

Upper y Cautela (1977) clasifican los procesos conductuales en tres categorías:

1. Conducta observable o motora.
2. Respuestas psicológicas encubiertas que incluyen:

   2.1. Pensar o hablarse a uno mismo.
   2.2. Imaginar o responder a estímulos que no están presentes del mismo modo que si lo estuvieran.
   2.3. Experimentar o reproducir ciertas sensaciones que uno ha aprendido a manifestar ante determinadas condiciones.

3. Respuestas fisiológicas encubiertas de cuya actividad o bien no se es consciente o sí se es consciente pero no son observables para los demás.

Algunas de estas respuestas son potencialmente más controlables que otras (por ejemplo, las fisiológicas pueden ser «amplificadas» por un aparato), pero las respuestas psicológicas encubiertas sólo pueden ser conocidas a través del lenguaje.

Se pueden estudiar por separado, se puede hipotetizar que existe una interacción o no entre estos procesos o que están regidos o no por las mismas leyes. Al explicar los procesos conductuales encubiertos, algunos autores asumen la teoría del aprendizaje en un *continuum* entre las conductas observables y encubiertas; entre éstos cabe citar a Wolpe (1958), Cautela (1971a) y Homme (1965). Wolpe se inclina por el modelo del aprendizaje respondiente, mientras que Homme y Cautela lo hacen en el operante.

En el condicionamiento encubierto se postula que existe:

— *Homogeneidad.* Existe continuidad y homogeneidad entre las conductas manifiestas y las encubiertas. Por ello es posible transferir las conclusiones derivadas empíricamente de los fenómenos manifiestos a los encubiertos.
— *Interacción.* Existe una interacción entre los procesos encubiertos y los observables. Es decir, unos influyen a los otros. Esto no niega que a veces los procesos encubiertos ocurren simultáneamente con los manifiestos y que a veces sean sólo un simple «etiquetaje» de los manifiestos.
— *Aprendizaje.* Los procesos encubiertos y los observables se rigen de forma similar por las leyes del aprendizaje.

El modelo del condicionamiento encubierto asume la continuidad de los acontecimientos encubiertos y observables, su interacción, y examina estos acontecimientos desde el marco de la teoría del aprendizaje. Así pues, se presupone que los acontecimientos encubiertos se aprenden y mantienen según las mismas leyes que rigen en la conducta manifiesta. En consecuencia, los procedimientos que han demostrado su efectividad en la modificación de la conducta manifiesta pueden ser igualmente efectivos sobre ésta siendo aplicados en imaginación.

Ésta es la propuesta de Cautela, que sigue manteniendo en su integridad (Cautela y Kearvey, 1990) al reafirmar la base técnica del condicionamiento encubierto en el condicionamiento operante y la homogeneidad, interacción y aprendizaje entre comportamientos manifiestos y encubiertos y al distinguir los pensamientos y el habla subvocal a fin de conseguir un cambio en unas estructuras hipotéticas (actitudes, percepción de sí mismo).

Aun así, hay opiniones distintas a las de este autor, Martos (1982) y Vila (1984) arguyen que las bases teóricas de las técnicas de condicionamiento encubierto pueden pertenecer a otros modelos alternativos, como los del aprendizaje vicario o procesos cognitivos.

3. PROCEDIMIENTO BÁSICO

El condicionamiento encubierto es un modelo teórico que se refiere a un conjunto de técnicas que utilizan la imaginación y que pretenden alterar la frecuencia de las respuestas a través de la manipulación de las consecuencias también en imaginación.

De entre las diversas técnicas descritas en el marco del condicionamiento encubierto, el reforzamiento positivo encubierto (RPE) y el reforzamiento negativo encubierto son análogas a las técnicas de reforzamiento positivo y reforzamiento negativo operantes y, como ellas, tienden a hacer aumentar la frecuencia de aparición de una respuesta.

Las técnicas de sensibilización encubierta (SE), extinción encubierta (EE) y coste de la respuesta encubierto (CRE) disminuyen la frecuencia de aparición de un comportamiento como sus análogas operantes: castigo positivo, extinción y coste de la respuesta.

El modelado encubierto forma parte, según Cautela, de los mismos procedimientos operantes, aunque Bandura (1969) lo sitúe en el marco del aprendizaje social.

Posteriormente Cautela (1985) incluyó en este marco otro procedimiento complejo: la tríada del autocontrol, que, junto con la detención del pensamiento, son procedimientos derivados de la teoría del autocontrol.

Técnicas de condicionamiento encubierto basadas en el modelo operante

Disminuyen la frecuencia de aparición de una conducta	
Técnicas de condicionamiento encubierto	**Técnicas operantes**
— Sensibilización encubierta — Extinción encubierta — Coste de la respuesta encubierta	— Castigo positivo — Extinción — Coste de la respuesta
Aumentan la frecuencia de aparición de una conducta	
Técnicas de condicionamiento encubierto	**Técnicas operantes**
— Reforzamiento positivo encubierto — Reforzamiento negativo encubierto	— Reforzamiento positivo — Reforzamiento negativo
Técnicas de condicionamiento encubierto basadas en el modelo del aprendizaje social	
Técnicas de condicionamiento encubierto	**Técnicas de aprendizaje social**
— Modelado encubierto	— Modelado
Técnicas de condicionamiento encubierto basadas en el modelo del autocontrol	
Técnicas de condicionamiento encubierto	**Técnicas de autocontrol**
— Detención del pensamiento — Tríada del autocontrol	— Control de las consecuencias de la conducta — Autoobservación y control de las consecuencias de la conducta

En el proceso terapéutico el cliente debe ser capaz de imaginar la conducta a cambiar y las consecuencias estipuladas de ésta.

Así pues, en todo proceso de CE es necesario seguir las siguientes pautas:

1. Justificación razonada del uso de la técnica.
2. Evaluación de la capacidad imaginativa y/o entrenamiento en imaginación.
3. Establecimiento de pautas de comunicación entre cliente y terapeuta durante la sesión.
4. Alternancia de imágenes de conductas a cambiar y consecuencias o estímulos relacionados.
5. Entrenamiento del cliente en realizar la secuencia él solo.
6. Programación de tareas entre sesiones.

3.1. Justificación razonada del uso de la técnica

Los autores que utilizan estos procedimientos consideran absolutamente necesario plantear un razonamiento base al cliente antes de comenzar la intervención. Este razonamiento consiste en la explicación de las bases de estas técnicas. Upper y Cautela (1977) insisten en demostrar al cliente cómo el ambiente influye en el control de la conducta. Cómo el castigo, la recompensa, la indiferencia y los modelos sociales tienden a producir un aumento, una disminución o la desaparición de las conductas.

Una vez el cliente ha comprendido la influencia de los pensamientos, imágenes y sentimientos sobre el comportamiento, seguidamente el terapeuta plantea y demuestra la posibilidad de cambiarlos a través del aprendizaje, aportando ejemplos clarificadores. Cautela (Upper y Cautela, 1977) expone de esta forma la base lógica del procedimiento:

> «Sus conductas no deseadas tienen lugar principalmente porque son mantenidas por el ambiente. Éste le afecta a usted de muchas maneras. Las personas de su alrededor pueden recompensarle, castigarle o ignorarle y, por tanto, pueden estar manteniendo una determinada conducta. El observar lo que hacen otras personas y lo que les sucede también influye sobre su conducta. Éstos son sólo unos ejemplos. Modificando la manera en que el ambiente le afecta a usted, podremos modificar su conducta. Si usted es recompensado por una conducta adecuada, dicha conducta aumentará. Si es castigado por una conducta inadecuada, ésta disminuirá. Yo le enseñaré técnicas en las que se imaginará a sí mismo o a otra persona realizando una conducta determinada, tras lo cual imaginará la consecuencia adecuada. Cuando imagine la escena, es importante que participe poniendo en juego todos los sentidos. Por ejemplo, si está usted paseando por el bosque, imagine que siente el viento en la cara, que oye el crujir de las ramas, que ve los rayos de sol entre las hojas y que percibe el aroma de las plantas. Note los movimientos de su cuerpo. Lo más importante es que cuando usted imagine, sienta que está viviendo realmente la situación, no sólo imaginándosela».

Como afirma Kearney (2006), en el condicionamiento encubierto no se imagina uno a sí mismo como en un vídeo, sino que tiene que imaginarse tal como se ve realmente, experimentando los acontecimientos tan vívidamente como sea posible. Puede ver sus manos y sus pies, pero no su cabeza ni espalda. Se le instruye para imaginar tantas modalidades como sea posible, lo que se ve, ruidos, olores, gustos, sensaciones táctiles y reacciones emocionales que están de acuerdo con la situación. Normalmente, con pocas sesiones puede conseguirse que el sujeto sienta náuseas, si es lo que se pretende.

3.2. Evaluación de la capacidad imaginativa y/o entrenamiento en imaginación

En muchas ocasiones es suficiente una descripción detallada por parte del terapeuta para que el sujeto sea capaz de reproducir mentalmente un escenario, pero en ocasiones se hace necesario el entrenamiento en imaginación del mismo modo que se lleva a cabo en técnicas como la desensibilización sistemática (véase el capítulo 3).

3.3. Establecimiento de pautas de comunicación entre cliente y terapeuta durante la sesión

La comunicación durante las sesiones entre cliente y terapeuta debe quedar bien establecida de antemano, ya que en muchos de los procedimientos es necesario el cambio rápido de una imagen a otra. Puede quedar claro que ante una palabra como «¡Cambio!» se pasará de una a otra imagen, o ante «¡Basta!» cesará la representación de determinada secuencia. También puede introducirse un código de gestos como que el cliente levante un dedo para señalar que ya puede ver claramente aquello que se le indica.

3.4. Alternancia de imágenes de conductas a cambiar y consecuencias o estímulos relacionados

La base de todas estas técnicas consiste en condicionar unas imágenes a otras; por tanto, durante el desarrollo de la sesión se irán alternando en el orden previsto.

3.5. Entrenamiento del cliente en realizar la secuencia sin ayuda

La finalidad terapéutica consiste en cambiar un comportamiento, y para ello se hace necesario un claro aprendizaje de condicionamiento, o sea, no sólo se ha de establecer la secuencia por parte del terapeuta y en la consulta, sino que el cliente debe aprender (en las sesiones mismas) a imaginarla por sí solo y practicarla con una frecuencia mucho mayor.

3.6. Programación de tareas entre sesiones

Entre sesiones el cliente realiza tareas de entrenamiento en imaginación de la secuencia de forma preestablecida y de contraposición de las consecuencias imaginativas ante los estímulos elicitadores reales del comportamiento que se desea cambiar.

4. TÉCNICAS DE CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO BASADAS EN EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE

4.1. Técnicas que disminuyen la frecuencia de aparición de una conducta

4.1.1. *Sensibilización encubierta*

La sensibilización encubierta (SE) es análoga al procedimiento operante del castigo positivo o directo y pretende la disminución de la probabilidad de ocurrencia de una conducta por medio de la presentación de un estímulo aversivo imaginado inmediatamente después de la ocurrencia imaginada de dicha conducta. Fue la primera de las técnicas encubiertas descritas por Cautela (1966) y se utiliza para cambiar conductas desadaptativas de aproximación.

4.1.1.1. Estímulo aversivo

Es importante la elección de estímulos aversivos que lo sean realmente para el sujeto. Un método que puede seguirse es el de preguntarle al sujeto qué situaciones o imágenes le resultan más desagradables. Maciá y Méndez (1988) recogieron tres escenas que resultaban especialmente repulsivas a su cliente: la boca de un anciano expectorando, un animal muerto en avanzado estado de descomposición y una herida infectada. Costa (1981), en un caso de cambio de tendencia sexual, de homosexualidad a heterosexualidad, describe como imagen aversiva la siguiente: «imagínate que estás en la cama con un chico y eres sorprendido de modo imprevisto por X, la chica que tanto te atrae y que temes descubra tu comportamiento homosexual; ella, al verte en tal posición, sale horrorizada dando gritos. Ante los gritos de X, llegan otros vecinos y todos se van sorprendidos ante el espectáculo que presencian. Hay risas, verbalizaciones jocosas y de repugnancia, llantos de la chica... decides no tener relación sexual con ese chico, te vas y te encuentras a gusto contigo mismo».

Mckay et al. (1981) proponen la siguiente lista de pensamientos repulsivos o aterradores: heridas

abiertas, gente muerta, el dentista pasando la fresa por los dientes, truenos, mirar algo desde lugares altos, sensación de caer, inyecciones con derrame de sangre, espacios abiertos enormes, espacios cerrados, animales muertos, ser rechazado, ser ignorado por amigos, ser ignorado por extraños, insectos reptantes, fuego violento, sentir náuseas, vomitar, serpientes, un infarto de miocardio, herirse, desmayarse, parecer tonto, vomitar en público, arañas, sangre, ser duramente criticado. El estímulo que más a menudo reitera Cautela y que aparece con mayor frecuencia en la literatura, es la sensación de vómito adornada profusamente con todas las modalidades sensoriales.

4.1.1.2. Descripción del procedimiento

En la explicación clásica del procedimiento se comienza enseñando a relajarse al cliente. Cuando lo consigue, se le explica el razonamiento básico del procedimiento. Se le dice que no puede dejar de beber, de comer o de exhibirse porque es un hábito sólidamente aprendido que en la actualidad le proporciona un alto nivel de agrado. También se le explica que la manera de eliminar su problema es asociar al objeto agradable un estímulo desagradable. A continuación se solicita que visualice con la mayor claridad posible el objeto agradable (bebida, comida, etc.) y que avise cuando lo consiga. Una vez en este punto, ha de verse a sí mismo acercándose a dicho objeto; si éste es el alcohol, la descripción podría ser la siguiente:

> «Está usted encaminándose hacia el bar. Ha decidido beber una cerveza. Está acercándose al bar. Una vez está en él, nota una sensación desagradable en su estómago. Siente náuseas y arcadas y un líquido agrio en su boca. Intenta tragarlo, pero, al hacerlo, empiezan a subir hacia la boca partículas de comida. Usted llega a la barra y pide una cerveza. Cuando se la están sirviendo, nota un vómito incontrolable. Intenta mantener la boca cerrada y tragarlo, pero no puede. En el momento en que sus manos tocan el vaso, no puede aguantarlo más. Abre la boca y vomita. El vómito cae sobre sus manos, el vaso, la cerveza. Puede verlo flotar sobre la espuma. Su camisa y sus pantalones están manchados de vómito. Incluso el camarero tiene su camisa manchada. Percibe el hedor que está extendiéndose más y más. La gente le mira. Se siente peor. Va a volver a vomitar. Se da la vuelta y se dirige hacia la puerta. En este mismo momento se siente mejor, cada vez mejor. Cuando sale, nota el aire fresco y agradable de la calle y se siente muy bien. Va a su casa y se limpia, encontrándose cada vez mejor» (Cautela, 1985).

Se le pide a continuación que visualice la escena por sí solo y trate de notar náuseas realmente al acercarse a la bebida. En los ejemplos anteriores puede observarse que además de unir una respuesta aversiva a un comportamiento a cambiar, se introduce una sensación de alivio al alejarse de la situación no adaptativa.

En cada sesión se lleva a cabo generalmente la repetición de 20 escenas, diez descritas por el terapeuta y diez imaginadas por el cliente sin esta ayuda. A menudo se graban estas escenas a fin de que se pueda practicar en casa, por lo menos dos veces al día.

También se le pide al cliente que si en su vida real aparece el estímulo que elicita su comportamiento desadaptado, trate de reproducir la imagen repulsiva asociada. Evidentemente siempre es mejor introducir esta corrección al principio de la cadena de conductas que le llevaría a la conducta inadecuada.

Existe alguna variante de la sensibilización encubierta, como la sensibilización encubierta asistida, que consiste en fortalecer la aversión del estímulo mediante el uso de una descarga eléctrica o de una sustancia olorosa altamente desagradable.

En el uso de la sensibilización encubierta puede surgir algún tipo de problema parecido al que puede presentarse en la utilización de las técnicas aversivas: hostilidad, agresividad o falta de cooperación. Tanto en ésta como en la terapia aversiva, es necesario reforzar los aspectos adaptativos del comportamiento.

P. Swartz (1988) considera un precedente de la sensibilización encubierta los ejercicios espirituales de san Ignacio de Loyola. Este autor describe los ejercicios espirituales en su primera fase como un meditado ejercicio de visualización de estimulación aversiva (el infierno) acompañado de efectividad sensorial (el hedor de azufre, el dolor por quemaduras, los gritos y los blasfemias) que puede suceder en el caso de que se cometan pecados (conducta desadaptada) sobre los que también se medita. Sistemáticamente se manipula el miedo al infierno después de la muerte a fin de reforzar negativamente la abstinencia de pecado.

4.1.2. *Extinción encubierta*

El procedimiento de la extinción encubierta pretende disminuir la probabilidad de aparición de una conducta al imaginar la ocurrencia de ésta en ausencia del estímulo reforzador que previamente la acompañaba. Esta técnica puede emplearse en conductas desadaptativas de aproximación o de evitación.

Un ejemplo de su aplicación nos lo proporciona un fumador que aspira el humo de un cigarrillo sin sentir el aroma, el humo o la nicotina ni sentirse relajado. Otro ejemplo nos lo proporciona el niño que deseando no ir a la escuela se imagina que se quedará en casa jugando con su madre. En la extinción encubierta se queda en casa, pero su madre se ha marchado y no sabe qué hacer en todo el día.

4.1.2.1. Descripción del procedimiento

En la extinción encubierta se comienza con la explicación razonada sobre el mantenimiento de la conducta por estímulos externos. Se analizan dichos estímulos y una vez se ha conseguido imaginar el comportamiento se suprimen. Como en todas las técnicas, se repite por lo menos diez veces, siendo el terapeuta quien lo expone, y otras diez lo imagina el cliente sin ayuda.

Simone y Long (1985) describen el caso de una mujer casada. Desde hacía un año presentaba importantes cefaleas de tensión. La evaluación reveló que la atención social que recibía por sus dolores de cabeza eran una variable muy importante. Estos autores utilizaron la extinción encubierta a base de recoger aquellas escenas en que se presentaba la cefalea y evocar a continuación una falta persistente de atención.

La extinción encubierta precisa de una mayor investigación y no existe mucha literatura que confirme los resultados esperados de su aplicación.

4.1.3. *Coste de respuesta encubierto*

El coste de la respuesta encubierto es un procedimiento basado en el castigo negativo o indirecto. Con él se pretende disminuir la frecuencia de una conducta desadaptada imaginando que su ocurrencia está asociada a la pérdida de un reforzador positivo. Su uso está indicado tanto para respuestas desadaptativas de aproximación (alcoholismo, desviaciones sexuales) como de evitación (miedos).

4.1.3.1. Estímulo agradable que se pierde

La consecuencia de la emisión de la respuesta es la pérdida de algo que ha de resultar importante para el sujeto. Upper y Cautela (1977) proponen el Cuestionario de coste de respuesta encubierto *(Response Cost Survey Schedule),* que consta de 20 ítems. Entre ellos se encuentran: perder la agenda, que te roben el coche, se estropea tu mejor vestido, etc. Se solicita al cliente que evalúe la molestia que le produciría cada una de estas situaciones en 5 puntos (desde ninguna hasta muchísima). Para impedir un efecto de habituación, se aconseja escoger varias de estas escenas, ya que en una misma sesión pueden alternarse tres o cuatro.

4.1.3.2. Descripción del procedimiento

Se le pide al cliente que imagine claramente el comportamiento desadaptado (por ejemplo, comer excesivamente). Cuando va a iniciarse la secuencia

que llevará al consumo de alimentos, se introduce la imagen de pérdida. Por ejemplo, un obeso se imagina acercándose al frigorífico. En el momento en que abre la puerta y va a coger un helado, se le dice «cambio» y pasa a la imagen del robo del coche.

Posiblemente sea necesaria una mayor evidencia de la efectividad de la técnica, pero en estudios bien controlados se ha demostrado su resultado (Weiner, 1965; Tondo, Lane y Gill, 1975).

4.2. Técnicas que aumentan la frecuencia de aparición de una conducta

4.2.1. *Reforzamiento positivo encubierto (RPE)*

En esta técnica lo que se pretende es aumentar la frecuencia de aparición de un comportamiento deseable a través del reforzamiento positivo en imágenes. Se le pide al sujeto que imagine la conducta-objetivo y a continuación una imagen reforzante para él. Por ejemplo, si la conducta objetivo es la de iniciar una conversación, se le pide que se imagine haciéndolo en una situación determinada, ante una persona concreta, sintiéndose cómodo, y a continuación se proporciona la imagen reforzadora.

Es una técnica en cierto sentido parecida a la desensibilización sistemática, pero abarca más que ésta, ya que no sólo pueden reforzarse conductas que se evitaban, sino también conductas de aproximación. No es necesario que el cliente aprenda a relajarse ni que haga un listado de ítems.

4.2.1.1. Elección del estímulo reforzador

Para hallar aquellas imágenes que resulten especialmente agradables al sujeto puede preguntársele abiertamente sobre paisajes, actividades o situaciones que le gusten o inquirir a través de familiares y/o amigos estos aspectos. En todo caso, también puede utilizarse el Cuestionario de refuerzos *(Reinforcement Survey Schedule RSS)* de Cautela y Kastembaum (1967). Éste consta de 54 ítems divididos entre estímulos reforzadores que pueden presentarse de forma real o imaginada, otros que sólo pueden ser presentados de forma imaginada, situaciones que suelen ser reforzantes y conductas cotidianas de alta probabilidad de aparición. Cada uno de estos ítems se evalúa en 5 puntos. De entre los que el sujeto ha valorado más, se seleccionan tres y se hace la prueba de imaginación. Se utilizan finalmente aquellos que el paciente percibe como muy agradables y/o divertidos, que los vea muy claramente y que sea capaz de visualizarlos en los cinco segundos inmediatos a su presentación.

Los conocimientos que ha aportado la psicología experimental al reforzamiento operante son aplicables al reforzamiento encubierto. Por ello debe tenerse en cuenta: la inmediatez del reforzamiento, administrar en las sesiones el mayor número posible de reforzamientos y los programas de reforzamiento, teniendo en cuenta que al comienzo será necesario un programa continuo (cien por cien de respuestas reforzadas) para pasar posteriormente a programas de mantenimiento, o sea, intermitentes. Un ejemplo de cómo se organizaría una sesión, una vez se ha llegado a este período, sería:

1. Ensayo + reforzamiento.
2. Ensayo + un minuto en blanco o borrar la imagen.
3. Ensayo + un minuto en blanco o borrar la imagen.
4. Ensayo + un minuto en blanco o borrar la imagen.
5. Ensayo + reforzamiento.

Éste es un típico programa de reforzamiento de razón variable. Sobre una media de cinco ensayos, se refuerzan aleatoriamente parte de éstos.

Finalmente debe tenerse en cuenta lo que se llama *estado de activación*. Los investigadores del marco operante han manipulado estados de deprivación a fin de incrementar la eficacia del reforzamiento. A pesar de que en la clínica es una variable difícil de controlar, se han propuesto algunas medidas. Aprovechar aquellos momentos de deprivación en la vida real para incrementar la respuesta ante

la imagen. Si el reforzamiento positivo es comida, practicar cuando el sujeto esté hambriento; si es de baño, cuando tenga calor, etc. De todas formas el terapeuta deberá valorar los pros y los contras de estas alternativas.

4.2.1.2. Descripción del procedimiento

Un ejemplo de aplicación de la RPE lo encontramos en Cautela (1970). En él se pretende aumentar las habilidades sociales de una persona tímida.

> *Imagínese sentado en casa, deseando tener el valor de llamar a Elena, una chica que le han presentado hace poco y a quien le gustaría conocer mejor. Por fin se decide a llamarla.* Hágame una indicación tan pronto como la escena esté clara (el paciente hace una señal). Refuerzo (pausa). ¿Vio usted clara la escena del reforzamiento? (respuesta). Muy bien, continuemos. *Se dirige usted al teléfono, empieza a marcar y respira profundamente para relajarse.* Mueva un dedo cuando lo vea claro (el paciente hace una señal). «Refuerzo» (pausa). *Termina de marcar, escucha el sonido de la llamada y oye a Elena decir: ¿Dígame? Usted dice: Hola, Elena, pensé que sería agradable proseguir nuestra conversación de la otra tarde y me preguntaba si querrías venir a tomar una copa el jueves por la noche.* Indíqueme cuando esté claro (el paciente hace una señal). Refuerzo. *Entonces oye a Elena decir: Desde luego me encantaría* (el paciente hace una señal). Refuerzo.

La imagen reforzante que se utilizó en este caso y que el sujeto imaginaba en los momentos del reforzamiento fue la de «estar en la playa». Esta imagen podía haber sido ensayada previamente de la siguiente manera:

> «Es un caluroso día de verano y está usted tumbado en la playa. Concéntrese en todos los detalles de su alrededor, experimente todas las sensaciones. Sienta el sol tostándole la piel y el contacto de la toalla. Perciba el frescor de la brisa marina. Observe las olas rompiendo en la orilla. Concéntrese ahora en lo bien que se siente nadando entre las aguas».

4.2.2. *Reforzamiento negativo encubierto (RNE)*

Como en su análogo, el reforzamiento negativo operante lo que se pretende es aumentar la conducta de huida o evitación de estímulo aversivo. La respuesta que se quiere incrementar provoca el cese del estímulo aversivo. En el RNE debe imaginarse tanto la situación que se quiera cambiar en la vida real como el acontecimiento aversivo. Esta técnica puede utilizarse tanto para conductas aproximativas como de evitación. Sólo se utiliza cuando han fracasado otros procedimientos encubiertos.

Para escoger el estímulo aversivo pueden utilizarse los mismos métodos expuestos en la SE, con una importante salvedad: que el cese del estímulo aversivo ha de ser inmediato. De otra forma podría producirse un condicionamiento clásico hacia atrás. O sea, que es mejor no utilizar para este procedimiento estímulos tipo náusea o vómito (Upper y Cautela, 1977). También pueden obtenerse del Inventario de miedos *(Fear Survey Schedule)* de Wolpe y Lang (1964). Siempre se ha de ajustar su descripción a las circunstancias particulares del sujeto.

4.2.2.1. Descripción del procedimiento

Estamos con un estudiante que presenta una invencible dificultad a expresar claramente a su compañero de piso las molestias que le produce y los intentos de organizar el funcionamiento de la vivienda. Esta conducta asertiva se ha tratado de incrementar con una técnica de RPE y no ha mejorado.

La imagen aversiva escogida es la de quedarse encerrado en un ascensor. Se le pide que la reproduzca claramente:

> «Estás dentro de un ascensor hidráulico que cierra herméticamente y se queda parado entre dos pisos. Se apaga la luz. Estás solo, encerrado, a oscuras y no sabes cómo escapar...». Cuando la tiene muy clara y empieza a sentirse alterado, avisa al terapeuta con un gesto. Éste dice «basta» y «respuesta». Ante esta última palabra, se imagina dirigiéndose a su compañero diciéndole que considera necesario que tengan una conversación sobre los aspectos citados anteriormente. Este paso de una imagen a otra ha de hacerse inmediatamente. En caso contrario deberían escogerse otros estímulos.

Algunos psicólogos pueden temer que se incremente tanto el miedo al estímulo aversivo que pueda invalidar esta técnica o crear problemas adicionales. La aplicación de la técnica proporciona evidencia en el sentido contrario: es más fácil que se presente una disminución progresiva de la aversión que un proceso de saciación o habituación. Por ello es necesario contar con diferentes estímulos aversivos.

5. TÉCNICAS BASADAS EN LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL: EL MODELADO ENCUBIERTO

Consiste en el aprendizaje de nuevas respuestas o en la modificación de respuestas ya existentes, mediante la observación en la imaginación del comportamiento de un modelo y de las consecuencias que la siguen (Bandura, 1969).

5.1. El modelado encubierto (ME)

Bandura (1969) describió un nuevo modelo de aprendizaje que podía añadirse a los del condicionamiento operante y respondiente al aprendizaje vicario. Cautela (1971b) y Kazdin (1973) acoplan este modelo a una versión encubierta: el modelado encubierto. Pretende el aprendizaje de nuevas respuestas o la modificación de respuestas preexistentes mediante la observación en imaginación del comportamiento de un modelo y de las consecuencias que le siguen.

Este procedimiento fue ideado en una primera instancia para aquellos clientes que afirmaban no poder imaginarse a sí mismos llevando a cabo determinadas conductas (en otras técnicas de condicionamiento encubierto) pero sí a otras personas. Posteriormente se utiliza tanto para los que presentan la dificultad citada como para los que no la presentan. Está especialmente indicada para aquellos que experimentan una gran ansiedad al enfrentarse a un problema.

Si el RPE o la desensibilización sistemática está indicada y los clientes no son capaces de imaginarse a sí mismos enfrentándose a ella, pueden ser moldeados en imaginarse a sí mismos en una situación especial a través del modelado encubierto. Primero imaginarán a un modelo parecido a ellos que se enfrenta a dicha situación, y cuando ya no experimenten ansiedad, se les puede introducir su propia imagen y trabajar ya con las técnicas adecuadas.

La justificación del uso de esta técnica está expuesta en el ejemplo siguiente (Cautela, 1985).

> «El procedimiento que vamos a utilizar está basado en un gran número de experiencias en las que la gente aprende nuevos hábitos observando a otras personas en varias situaciones. La gente realmente ve a otras personas hacer cosas. Lo que voy a intentar es que usted observe esto, pero no en la realidad o en una película, sino imaginándolo. Voy a utilizar escenas que pienso que pueden ayudarle a cambiar este comportamiento. Enseguida le voy a pedir que cierre los ojos y trate de imaginar, tan claramente como le sea posible, que está observando una situación. Trate de utilizar todos los sentidos necesarios para situarse dentro de esta imagen (intente oír la voz concreta o ver a una persona muy claramente). Después de describir la escena, le preguntará sobre sus sensaciones y sobre la claridad de lo imaginado. Ahora relájese. Cierre sus ojos. Le voy a describir una escena. Quiero que ponga mucha atención y trate de imaginar exactamente lo que voy a describir.

Trate de no pensar en nada más excepto en lo que yo le diga. ¿Entiende?»

Después de presentarla, se le hacen preguntas para asegurar la comprensión, la claridad de lo visualizado y el tipo y grado de sensación que ha experimentado.

5.1.1. *Descripción del procedimiento*

Un ejemplo de modelado en un caso de parafilia en el que un hombre sólo podía excitarse sexualmente vistiendo ropa de mujer sería el siguiente:

> «Está usted viendo una habitación vacía en la que sólo hay dos camas individuales, en una de ellas hay ropas masculinas y en la otra femeninas. Enfrente hay una puerta y por ella entra un hombre (aproximadamente de su edad) desnudo. Se para al lado de la cama en la que hay ropas de mujer. Mira las ropas y de súbito puede usted observar una expresión de dolor en su rostro. Se sienta en la cama. Ahora empieza a sudar y se ve pálido y mareado. Coge el sujetador y empieza a ponérselo. En el momento en que lo hace comienza a vomitar sobre todas las ropas y sobre sí mismo. Grita agónicamente, se dobla sobre sí mismo y cae al suelo. Está tirado en medio del vómito con el sujetador puesto».

Puede añadirse una variante en la que el modelo se pone ropa de hombre y se ve alegre y saludable. El tiempo entre una y otra escenas puede variar de uno a cinco minutos. En el caso de que se esté tratando a personas con dificultades especiales, es mejor limitarse solo a una. Como en todas las otras técnicas, se alterna (cuando el cliente ya lo ha aprendido) la exposición del terapeuta con la reproducción de la escena por parte del cliente solo.

En el modelado encubierto es necesario establecer unos parámetros que aumenten su eficacia:

1. El modelo ha de ser parecido al cliente (edad, sexo y características físicas).
2. Diferentes modelos aseguran una mejor generalización de la respuesta.
3. La consecuencia de la actuación del modelo debe ser reforzada o castigada contingentemente, y sus efectos han de ser bien claros.
4. Los modelos *coping* o inexpertos (que aprenden progresivamente a realizar la conducta correcta) son más efectivos que los modelos *mastery* (expertos desde el primer momento).
5. Otros parámetros a considerar con los procesos atencionales, el comportamiento de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, la capacidad de retención del observador, la práctica encubierta de las respuestas-modelo y el prestigio del modelo.

El modelado encubierto está especialmente indicado en niños. Los niños están muy familiarizados con los modelos simbólicos de los cuentos, películas y televisión y, asimismo, son más capaces de colaborar si no se ven a sí mismos como personas que actúan inadecuadamente.

6. TÉCNICAS DE CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO BASADAS EN EL AUTOCONTROL

Aunque cualquiera de las técnicas descritas puede ser utilizada por la propia persona una vez aprendida, y por tanto ser considerada de autocontrol, en este apartado Cautela recoge una antigua técnica: «la parada o detención del pensamiento», y un conjunto de procedimientos al que denomina «la tríada del autocontrol». No me detendré en la exposición de la primera de estas técnicas puesto que está detenidamente detallada en el capítulo 25.

6.1. Tríada del autocontrol

Es un procedimiento compuesto descrito por Cautela (1983) que sirve para disminuir la probabilidad de ocurrencia de una respuesta no deseada. Incluye tres aspectos:

a) Detención del pensamiento subvocal.
b) Respiración profunda, con relajación a medida que se espira.
c) Imaginación de una escena agradable o RPE.

7. OTROS PROCEDIMIENTOS ENCUBIERTOS

Bellack (1985) propone el «ensayo encubierto», en el que una nueva conducta «es practicada» en imaginación antes de llevarla a cabo «en vivo». Se utiliza en el curso del entrenamiento en habilidades sociales y suele ir acompañado de instrucciones y modelado. Puede servir de eslabón intermedio cuando se ha de pasar del entrenamiento en laboratorio a la realidad. Se utiliza con éxito en el tratamiento de la preocupación excesiva por la imagen corporal (Raich, 1996).

Otras técnicas operantes también han sido convertidas en encubiertas.

8. CRITERIOS DE APLICACIÓN

Al principio, las técnicas encubiertas se solían aplicar en pacientes adultos, en la práctica privada o en ambulatorios. Progresivamente se han extendido a otras poblaciones como niños, adolescentes y ancianos y a una gran variedad de situaciones que incluyen instituciones, escuelas y hospitales.

Se han usado en niños para reducir miedo a ir al dentista (Rodolfe et al., 1990), a ser agredidos (Cautela, 1981), ansiedad al hablar (Cradock, Cotler y Jason, 1978), para incrementar la interacción social en niños autistas (Groden, 1980; Groden y Cautela, 1988) y conductas desadaptativas en niños con retraso mental (Groden y Cautela, 1980; Groden y Cautela, 1981). Se ha empleado igualmente para incrementar pobres hábitos de estudio y controlar la ansiedad ante exámenes (Guidry, 1974; Kostka y Galassi, 1974).

Se han publicado estudios que demuestran su eficacia en tan variadas situaciones como reducir la urgencia de encender fuego en delincuentes pirómanos y en prevención de intimidad sexual terapeuta-paciente (Pope, 1987).

Se han presentado varios trabajos en el campo de la medicina conductual, especialmente en reducción de dolor (Cautela, 1986; Turkat y Adams, 1982), en control de obesidad (Whalen et al., 1989; Zgourides et al., 1989; Booter, Beukes, Grobler y Schoeman, 1985; Fawzy, 1983; Garrido, 1983), obesidad en retraso mental (Rotatori et al., 1983), en epilepsia (Brown y Fenwick, 1989) y en asma.

En el campo en que ha sido más útil y más usado es en el de las parafilias sexuales, especialmente con la técnica de sensibilización encubierta, como en exhibicionismo (Macià y Méndez, 1988; Hughes, 1977; Lamontagne y Lasage, 1986; Ralk, 1983; Lester, 1982), fetichismo (King, 1990; Kolvin, 1967), sadismo (Hayes et al., 1978), pedofilia (Enright, 1989; Lanyion, 1986; Barlow, Leitemberg y Agras, 1969), violencia sexual (McConagny et al., 1989; Freeman-Longo y Wall, 1986) y voyerismo (Rangaswamy, 1987).

También se ha utilizado en adicciones con resultados diversos. Tabaquismo (Breteler y Rombouts, 1988; Goldberg et al., 1983), heroína (Daniel, 1990), alcoholismo (Miller et al., 1989; Wilson, 1987), con las técnicas de sensibilización encubierta, coste de la respuesta y muchas veces formando parte de paquetes de técnicas diversas.

También en entrenamiento en habilidades sociales (Kazdin, 1974a, 1974b, 1975, 1976; Hersen et al., 1979) en psicología del deporte (Rushall, 1988), especialmente el modelado encubierto.

Sería exhaustivo intentar abarcar todos los campos del CE. Sirva esta aportación como muestra de sus diferentes aplicaciones, aunque pueden hallarse otras en Kearney (2006). Podemos decir, con Cautela (1985), que cuando un individuo puede seguir instrucciones, coopera, tiene suficiente capacidad imaginativa o puede ser entrenado en ella, el condicionamiento encubierto puede lograr cambios en el comportamiento.

Existen algunas poblaciones en las que es difícil o posiblemente no aplicable. Es el caso de personas con necesidades especiales, niños muy pequeños e individuos con severos trastornos conductuales. A pesar de ello no es imposible su utilización con algunos de estos sujetos. En este caso hace falta un entrenamiento especialmente diseñado para ellos.

Otro factor importante es conseguir cooperación por parte del cliente; por ello es indispensable presentar la justificación razonada de la técnica y asegurar la práctica progresiva reforzadora del procedimiento. De todas formas es necesario aclarar que no todos los procedimientos tienen la misma efectividad en su aplicación a determinados problemas.

9. EVALUACIÓN CRÍTICA

Al considerar en conjunto qué representa el condicionamiento encubierto, cabe afirmar que ha sido una gran aportación. No sólo por lo que significa en cuanto a la introducción del manejo de la imaginación en el campo conductual recogiendo el trabajo de Wolpe y ampliándolo a comportamientos tanto de atracción como de evitación, sino por la utilidad que ha aportado en diferentes estudios.

En cuanto a las bases teóricas, Cautela (Cautela y Kearney, 1990) se reafirma, frente a la divulgación de las técnicas cognitivas, en los fundamentos teóricos del condicionamiento operante y defiende el modo de actuar de los procedimientos encubiertos separándolos de los cognitivos.

Otros autores han expuesto opiniones contrarias al respecto (Martos y Vila, 1984), especialmente destacando que la sensibilización encubierta puede estar más fundamentada en aprendizaje vicario que en condicionamiento operante.

Incluso ante las técnicas de modelado, que Cautela sitúa también en unos fundamentos operantes, en mi modesta opinión parecen estar situadas en las teorías del aprendizaje vicario.

En general se acepta que la mayor eficacia de la técnica más experimentada (sensibilización encubierta) está en el tratamiento de parafilias sexuales, aunque en la mayor parte de los casos, lógicamente, se halla incluida en un paquete de técnicas (entrenamiento en habilidades sociales, recondicionamiento orgásmico). Existe bastante acuerdo de que en general no presentan una gran eficacia en el control del tabaquismo y la obesidad. En cambio, el modelado encubierto realmente parecer ser de gran validez especialmente en el campo infantil, en la psicología del deporte y en el control del dolor.

Creo que debería investigarse más y con estudios más controlados la eficacia de estos tratamientos y sobre todo ante determinados trastornos. Además debería analizarse en profundidad hasta qué punto y qué variables afectan a la credibilidad del sujeto en la técnica, en la capacidad imaginativa y en la programación de tareas entre sesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Cautela, J. R. y Kearney, A. J. (comp). (1986). *The covert conditioning handbook*. NY: Springer.

Una nueva recopilación de distintos trabajos sobre el CE por el autor y creador de esta técnica.

Kearney, A. J. (2006). A Primer of Covert Sensitization. *Cognitive and Behavioral Practice, 13* (2), 67-175.

Un *aggiornamiento* del uso de las técnicas de condicionamiento encubierto.

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el control del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Aunque se trata de un manual ya clásico y con pocas referencias teóricas, continúa siendo de interés, sobre todo en la descripción de los procedimientos concretos de estas técnicas y algunas de sus variantes.

Upper, D. y Cautela, J. R. (1983). *Condicionamiento encubierto*. Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 1977).

Es la primera compilación de los fundamentos teóricos y aplicaciones del CE. Es un buen capítulo en el que la descripción de las técnicas está profusamente ilustrada con ejemplos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿En qué autor se apoya Cautela para defender el uso de la imaginación en el condicionamiento encubierto?

   a) Guthrie.
   b) Homme.
   c) Wolpe.
   d) Skinner.

2. ¿Qué postulados defiende este autor para justificar el modelo del condicionamiento encubierto?

   a) Homogeneidad.
   b) Interacción.
   c) Todos los anteriores.
   d) Aprendizaje.

3. ¿En qué se diferencia el condicionamiento encubierto de Cautela de la desensibilización sistemática de Wolpe?

   a) El uso de la imaginación.
   b) Que sirve para modificar conductas de evitación.
   c) Que sirve para modificar conductas de acercamiento desadaptativas.
   d) No hay diferencias.

4. En el procedimiento de reforzamiento positivo encubierto, ¿qué programas deben utilizarse al inicio y cuáles para su mantenimiento? (La respuesta correcta presenta el orden de aplicación adecuado.)

   a) Razón fija y variable.
   b) Intervalo fijo y variable.
   c) Razón fija e intervalo variable.
   d) Intervalo variable y razón fija.

5. ¿Qué técnica de condicionamiento encubierto considera Swartz un precedente de los ejercicios espirituales de san Ignacio?

   a) Reforzamiento negativo encubierto.
   b) Sensibilización encubierta.
   c) Coste de respuesta encubierto.
   d) Modelado encubierto.

6. ¿En qué tipo de trastornos ha resultado más efectivo el uso de la sensibilización encubierta?

   a) Desviaciones sexuales.
   b) Alcoholismo.
   c) Obesidad.
   d) Tabaquismo.

7. ¿Cuál de los siguientes procedimientos de condicionamiento encubierto no se basa en el modelo operante?

   a) Reforzamiento positivo encubierto.
   b) Extinción encubierta.
   c) Sensibilización encubierta.
   d) Modelado encubierto.

8. ¿Cuál de las siguientes pautas forma parte del proceso de condicionamiento encubierto?

   a) Justificación razonada del uso de la técnica.
   b) Evaluación de la capacidad imaginativa y/o entrenamiento en imaginación.
   c) Alternancia de imágenes de conductas a cambiar y consecuencias o estímulos relacionados.
   d) Todas las anteriores.

9. ¿En qué casos el condicionamiento encubierto puede conseguir cambios en el comportamiento?

   a) Cuando el individuo puede seguir instrucciones y coopera.
   b) Cuando tiene suficiente capacidad imaginativa o se le puede entrenar.
   c) Cuando no presenta severos trastornos conductuales.
   d) Todos los anteriores.

10. ¿Qué características debe poseer un modelo para que la técnica de modelado encubierto resulte efectiva?

a) Ser parecido al sujeto.
b) Ser del mismo sexo, edad y condición que el sujeto.
c) Ser mucho más hábil que el paciente.
d) Tener mayor edad que el sujeto.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	d	c	a	b	a	d	d	d	b

Entrenamiento en autoinstrucciones 19

CRISTINA LARROY

1. INTRODUCCIÓN Y BASES TEÓRICAS

La eclosión, a mediados de los años setenta, del modelo cognitivo-conductual propició la aparición de numerosas técnicas, denominadas «cognitivas», que pretendían modificar las conductas emocionales y motoras mediante el control y cambio de las conductas cognitivas.

Se propugna, desde este nuevo marco teórico, que existe una interrelación entre las respuestas motoras y emocionales y las cogniciones, y que los procesos de cambio no se circunscriben únicamente al aprendizaje por condicionamiento operante y clásico, o por observación de modelos, sino que se incluye también el aprendizaje instruccional (a través del lenguaje).

Es dentro de este modelo teórico donde Meichenbaum desarrolla el entrenamiento en autoinstrucciones. Las autoinstrucciones se definen como las órdenes o instrucciones que el sujeto se da a sí mismo para el manejo de su propia conducta, durante la actuación (Santacreu, 1993). El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en una técnica cognitiva de cambio de conducta en el que se modifican las autoverbalizaciones internas o pensamientos de un sujeto ante una determinada tarea sustituyéndolas por otras que son, generalmente, más útiles para la realización de ésta. Se trata, pues, de un procedimiento de autorregulación verbal cuyo objetivo final es que el sujeto alcance, mediante el cambio en las verbalizaciones internas, un incremento en su nivel de habilidad en la ejecución de una determinada tarea, en su capacidad de autocontrol o en su capacidad de solucionar problemas.

El desarrollo de esta técnica tiene sus antecedentes en los trabajos de Luria y Vygotski, en los que se pone de manifiesto que el lenguaje de los niños pequeños no tiene tanto la función de comunicarse con otros como, más bien, la de guiar la propia conducta externa cuando ésta se está ejecutando. Ese reconocimiento del habla interna o autoinstrucción como reguladora o controladora de la conducta externa llevó a Meichenbaum a establecer un procedimiento que consiguiera, mediante el cambio en las autoverbalizaciones de la persona, el cambio en la conducta manifiesta. A este reconocimiento contribuyeron también sus trabajos con pacientes esquizofrénicos, en los que pudo observar que éstos, antes de iniciar una acción o conducta determinada, tendían a reproducir en voz alta las instrucciones que el terapeuta les había proporcionado previamente para la ejecución de dicha conducta. Pudo observar esa misma tendencia en sus trabajos con niños hiperactivos (trabajos que se consideran la semilla del procedimiento en autoinstrucciones que Meichenbaum describiría en 1977 y 1985). También pudo observar, en personas sin trastornos, que, a medida que los sujetos se enfrentan a tareas más complejas, las autoinstrucciones o verbalizaciones internas se hacen más patentes. Como si el pensamiento, muchas veces automático, se enlenteciera y se transformara en lenguaje para guiar la actuación del sujeto.

Se puede considerar que las autoinstrucciones forman parte de las técnicas cognitivas de afronta-

miento. De hecho, su desarrollo supone la base del entrenamiento en inoculación de estrés, propuesto también por Meichenbaum, un programa de intervención más amplio y ambicioso y en el que las autoinstrucciones desempeñan un papel importante en distintas fases del afrontamiento.

2. PROCEDIMIENTO

El procedimiento básico del entrenamiento en autoinstrucciones requiere el uso combinado de diversas técnicas cognitivas y conductuales, tales como el modelado, el moldeado o aproximaciones sucesivas, la autoobservación, el autorrefuerzo o castigo, la práctica guiada, el desvanecimiento, etc.

Antes de aplicar el procedimiento, conviene conocer cuáles son las autoverbalizaciones que forman parte del repertorio del sujeto a la hora de ejecutar una determinada tarea, con el fin de preservar y potenciar las que sean útiles para la tarea y de eliminar las que sean irrelevantes o interfieran negativamente en el desarrollo de ésta. Para ello, se le pide que se autoobserve y registre su autodiálogo interno. Esto nos permite también conocer qué verbalizaciones útiles no posee el sujeto y debemos, por tanto, instaurar (aunque esa instauración va a estar guiada, lógicamente, por el terapeuta, conviene que sea el propio sujeto el que genere el mayor número posible de autoverbalizaciones, utilizando su propio vocabulario y las formas de expresión que le sean habituales o no forzadas).

El procedimiento básico del entrenamiento en autoinstrucciones descrito por Meichenbaum (1977, 1985) consta de cinco fases:

1. **Modelado cognitivo:** el terapeuta (o el monitor o profesor) lleva a cabo una tarea mientras se da, en voz alta, las instrucciones que guían cada paso de ésta: por ejemplo, para la tarea de preparar una tortilla, el monitor rompería el huevo, mientras dice en voz alta: «primero tengo que cascar un huevo, para lo cual lo golpeo suavemente contra el borde de la encimera, separo las cáscaras con las dos manos y lo vierto en un cuenco».
2. **Guía externa en voz alta:** el paciente repite la acción modelada (la misma tarea que ha hecho previamente el terapeuta), mientras el terapeuta le da las instrucciones en voz alta: «coge el huevo, golpéalo con suavidad contra el canto de la encimera, separa las cáscaras con las dos manos, mantén el cuenco debajo todo el rato y ahora vierte el huevo en él».
3. **Autoinstrucciones en voz alta:** el paciente guía ahora, mediante autoinstrucciones en voz alta, cada uno de los pasos para ejecutar la tarea (es decir, hace lo mismo que hacía el terapeuta en el paso 1): «tengo que coger un huevo y cascarlo, para lo cual lo golpeo suavemente contra el borde de la encimera, separo las cáscaras con las dos manos y lo vierto en un cuenco».
4. **Autoinstrucciones enmascaradas:** el paciente repite la ejecución de la tarea guiándose en cada paso por las mismas autoinstrucciones que antes, sólo que ahora éstas son murmuradas en voz baja.
5. **Autoinstrucciones encubiertas:** el paciente guía su conducta mediante autoinstrucciones internas, únicamente pensadas, no expresadas de forma oral.

Un resumen de las tareas y procedimientos implicados en cada una de las fases se recoge en la tabla 19.1.

Las autoinstrucciones pueden utilizarse en las distintas fases de ejecución de una tarea y sirven para facilitar que el sujeto ejecute las acciones adecuadas en cada fase del proceso, pero también para guiar la conducta del individuo en un proceso de solución de problemas. En estos casos, el terapeuta puede guiar el proceso del paciente haciendo que se repita (y busque respuestas a) las siguientes preguntas:

1. *Definir el problema:* «¿Qué tengo que hacer? Tengo que preparar una tortilla», o bien «Tengo que dar una charla en público».
2. *Guía de la respuesta:* «¿Cómo tengo que hacerlo? Primero, y con cuidado, cojo un hue-

TABLA 19.1

Tareas y procedimientos implicados en las distintas fases del entrenamiento en autoinstrucciones (inspirado en Olivares, Méndez y Barrancos, 1999)

Tareas			Procedimientos
Fases	**Terapeuta**	**Paciente**	
I. Modelado	Ejecuta la tarea mientras se da instrucciones en voz alta.	Presta atención y aprende por observación.	• Modelado.
II. Guía externa explícita	El terapeuta da al paciente instrucciones en voz alta para guiar su conducta.	El paciente repite la acción modelada siguiendo las instrucciones del terapeuta.	• Instrucciones. • Ensayo de conducta en práctica real.
III. Autoinstrucciones en voz alta	El terapeuta observa, orienta, corrige y refuerza.	El paciente se guía, mediante autoinstrucciones en voz alta, en cada uno de los pasos para ejecutar la tarea.	• Autoinstrucciones manifiestas. • Ensayo de conducta en práctica real.
IV. Autoinstrucciones enmascaradas	El terapeuta observa, orienta, corrige y refuerza.	El paciente repite la ejecución de la tarea guiándose en cada paso por las mismas autoinstrucciones que antes, murmuradas en voz baja.	• Autoinstrucciones no explícitas, con componente motor. • Ensayo de conducta en práctica real.
V. Autoinstrucciones encubiertas	El terapeuta observa, orienta, corrige y refuerza.	El paciente guía su conducta mediante autoinstrucciones internas, únicamente pensadas, no expresadas de forma oral.	• Autoinstrucciones encubiertas. • Ensayo de conducta en práctica real.

vo, lo golpeo suavemente contra el canto de la encimera, separo la cáscara por la parte rota y lo vierto en un cuenco», o bien «Respiraré profundamente dos o tres veces antes de salir al estrado y calentaré la voz antes de empezar a hablar».

3. *Autorrefuerzo:* «Lo he hecho bastante bien».
4. *Autocorrección:* «Se ha caído un poquito de cáscara al cuenco, pero puedo retirarla antes de empezar a batirlo», o bien «Estoy hablando un poco demasiado rápido, voy a hacer una pausa y a ralentizar un poco el rimo del discurso».

Como ya se ha comentado, las autoinstrucciones forman parte (y parte importante) del entrenamiento en inoculación de estrés. En este caso, las autoinstrucciones se utilizan, en la fase de aplicación y consolidación[1], para guiar la conducta de los pacientes en distintas situaciones problemáticas y coordinar la puesta en marcha de las técnicas y estrategias aprendidas en la fase anterior (la de adquisición de habi-

[1] Para mayor información, consúltese el capítulo sobre «Inoculación de estrés» (cap. 24).

lidades). En este sentido, el terapeuta debe instruir al paciente de modo que genere autoinstrucciones que guíen las estrategias para:

1. **Preparación para una situación estresante:** las autoinstrucciones que debe darse el paciente antes de exponerse a la situación estresante: «Sé que puedo hacerlo, he entrenado las técnicas, todo irá bien, me sentiré muy satisfecho de mí mismo».
2. **Afrontamiento de la situación:** el sujeto se da autoinstrucciones para poner en marcha las estrategias aprendidas: «Estoy en el finger del avión, he de respirar cuatro o cinco veces profundamente, recordando expulsar todo el aire y fijándome en las sensaciones corporales, en cómo el aire entra y sale de los pulmones».
3. **Prevención de las crisis durante el afrontamiento:** son las autoinstrucciones que el sujeto debe darse para poner en marcha estrategias alternativas a las que ya ha utilizado y no han sido útiles: «No pasa nada, si no consigo tranquilizarme con la respiración, siempre puedo tomarme un lexatín y enseguida me calmaré».
4. **Recompensa por una ejecución correcta:** en todos los casos es necesario y muy conveniente que la persona se proporcione autoverbalizaciones positivas por haber finalizado con éxito un afrontamiento; estas autoinstrucciones contribuyen a consolidar el comportamiento eficaz y a incrementar la autoestima del sujeto: «Qué bien lo he hecho, soy un fenómeno; ya verás cuando se lo cuente al terapeuta; la próxima vez lo haré, incluso, mejor».
5. **Afrontamiento de fracasos y recaídas:** es posible que, en alguna ocasión, la persona no pueda afrontar con éxito la situación y fracase estrepitosamente o escape de ella. Para esos casos es necesario dotarle de autoinstrucciones que le ayuden a superar la situación: «No he practicado suficientemente aún la respiración y por eso no ha funcionado; para el viaje de vuelta ya lo haré mejor y seguro que entonces consigo relajarme; no ha salido bien esta vez, pero eso no significa que no vaya a salir bien la siguiente; tengo que seguir intentándolo».

Lo más habitual es que los pacientes elaboren estas autoinstrucciones y las pongan en práctica, primero, en imaginación (situaciones de afrontamiento imaginadas), luego, en situaciones de *role-playing* en consulta y, por último, en situaciones reales de afrontamiento (si es posible, conviene que las situaciones estén graduadas en cuanto al grado de estrés que generan en el sujeto).

3. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS Y APLICACIONES

El entrenamiento en autoinstrucciones se ha empleado frecuentemente en problemas que requieren aprendizaje de habilidades o nuevas estrategias de resolución de problemas, pero puede aplicarse a multitud de tareas, adaptándolo en función de los requerimientos de la tarea y en función de las características personales del sujeto al que se va a entrenar.

Como es lógico, la adecuación del entrenamiento tiene que tener en cuenta las siguientes variables:

a) Las características propias del sujeto (habilidades cognitivas, de aprendizaje, variables situacionales, etc.).
b) La posible psicopatología que presente el sujeto (o no) en el momento de la intervención.
c) El tipo de conducta específica que se pretende cambiar (Santacreu, 1993).

Respecto al primer punto, Meichenbaum (1985), a la hora de establecer el entrenamiento, y para favorecer su eficacia, indica que hay que considerar las siguientes cuestiones prácticas:

1. Adecuación a las características del paciente: por ejemplo, si estamos trabajando con niños, introducir la práctica como algo lúdico, como un juego.

2. Ser flexibles en el tipo de autoinstrucciones generales que se van a utilizar, que el sujeto elija las que más se adecuan a él o más eficaces le resultan. Así, por ejemplo, se ha constatado que a muchos de los niños hiperactivos e impulsivos les resulta embarazoso expresar en voz alta los pasos que daban. Por ello, se opta por realizar un entrenamiento mediante preguntas realizadas y dirigidas por el terapeuta. Meichenbaum señala que otra posibilidad puede ser indicar a los niños que piensen en voz alta en vez de pedirles que se hablen a ellos mismos, por las posibles connotaciones negativas de esta última instrucción (consideración de que sólo se hablan a sí mismos los locos).
3. El uso de imágenes que inciten al sujeto a utilizar las verbalizaciones en el momento adecuado.
4. La práctica continuada, en numerosas situaciones, que favorezca la generalización.
5. La implicación del paciente en el aprendizaje.

Respecto a los problemas en que es conveniente el entrenamiento en autoinstrucciones, se señalan, fundamentalmente:

1. Problemas secundarios a la impulsividad del sujeto: se realiza mal (o de forma incompleta) la tarea debido a la rapidez con que se ejecuta la respuesta (como ocurre con los niños hiperactivos).
2. Problemas secundarios a autoinstrucciones negativas o interfirientes con la realización de la tarea, como ocurre en múltiples problemas de ansiedad.

Aunque éstos son los problemas más importantes a los que se ha aplicado el entrenamiento en autoinstrucciones, la literatura recoge ampliamente la eficacia de esta técnica en otros casos, como:

3. La falta de autocontrol (entendida como dificultades para anticipar las consecuencias de sus acciones por parte del propio sujeto); en problemas relacionados con dificultades de resistencia a la tentación, demora de la gratificación, tolerancia a la estimulación aversiva o control de la ira.
4. En casos de dificultades de aprendizaje.

También se ha mostrado efectiva para incrementar habilidades interpersonales en el aula, la atención al profesor o la creatividad de los alumnos. En este sentido, se ha trabajado ampliamente con niños, pero también con adultos con y sin déficit cognitivos o trastornos psicopatológicos (Guerrero y Blanco, 2007; Fiuza y Mayán, 2005; Méndez, 2003; Bámbara y Gómez, 2001; Méndez, Olivares y Bermejo, 2001).

Dado que el trabajo con niños y en el ámbito educativo son dos de las áreas en las que más se ha desarrollado el entrenamiento en autoinstrucciones, y dadas las características especiales de esta población, se ofrecen seguidamente una serie de sugerencias para la mejor aplicación de esta técnica.

Sugerencias sobre el uso del entrenamiento en autoinstrucciones en grupos y en ambientes educativos

— En ámbitos escolares conviene llevarlo a cabo en las primera horas del día por dos motivos:

• Se evitan las distracciones producidas por la fatiga acumulada.
• Se aprovechan oportunidades que tenga el niño, a lo largo de la jornada escolar, para practicar las autoinstrucciones.

— Conviene incluir el menor número posible de niños (entre tres y cinco) para optimizar su efectividad.
— La utilización de medios audiovisuales con grabaciones de los propios niños o de otros puede facilitar el entrenamiento al proporcionar al niño feedback sobre su trabajo y optimizar la influencia de modelos.

Consideraciones especiales con niños pequeños (Meichenbaum, 1977)

1. En las primeras fases, conviene utilizar como tareas actividades de juego para incrementar la motivación y el interés.
2. Trabajar con dos niños para que entre ellos puedan servirse de modelo.
3. Respetar el ritmo del niño al elaborar y utilizar las autoverbalizaciones, autoinstrucciones y estrategias de resolución de problemas que se desee entrenar.
4. Cuidar de que el niño no esté memorizando ni utilizando mecánicamente las autoinstrucciones entrenadas.
5. Cuando se trabaja con tareas que generan miedo o ansiedad, empezar por las que lo hacen en menor intensidad.
6. Utilizar técnicas de imaginación.
7. Utilización de aproximaciones sucesivas y de refuerzo positivo.

A la vista de lo anteriormente expuesto, puede concluirse que las posibles variaciones de un entrenamiento autoinstruccional son tan amplias como el tipo de problema al que se aplique, las características propias de las personas con las que se realice y los posibles fallos en el repertorio natural de esa persona de las autoverbalizaciones necesarias que requiera la tarea (Ruiz, 1993).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Los autores ofrecen un resumen detallado del procedimiento, así como un cuadro didáctico de las tareas y procedimientos implicados en cada una de las fases del procedimiento.

Ruiz, M. A. (1993). Control del diálogo interno y autoinstrucciones. En F. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Este capítulo ofrece una explicación detallada de la técnica, incluyendo una amplia revisión de las bases teóricas.

Santacreu, J. (1993). El entrenamiento en autoinstrucciones. En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Este capítulo ofrece una explicación sumamente detallada del procedimiento. Además, incluye ejemplos para cada uno de los pasos y un programa de entrenamiento para hacer la cama dirigido a niños eneuréticos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Los trabajos de Luria y Vygotski:

a) Están en la base del desarrollo de entrenamiento en autoinstrucciones.
b) Hablan de cinco fases para la adquisición del aprendizaje del habla.
c) Se hicieron con pacientes esquizofrénicos.

2. Meichenbaum se dio cuenta de que:

a) Los pacientes esquizofrénicos repetían sus instrucciones cuando ejecutaban la tarea.
b) Las personas sin trastorno tienden a darse instrucciones cuando la tarea es dificultosa.
c) Ambas alternativas son ciertas.

3. El entrenamiento en autoinstrucciones se basa en la instauración de verbalizaciones:

a) Que el sujeto ya posee y son adecuadas a la tarea.
b) Que no posee y son necesarias o útiles para realizar la tarea.
c) Ambas alternativas son ciertas.

4. En la fase quinta del entrenamiento en autoinstrucciones, uno de los procedimientos implicados es:

a) Ensayo de conducta en imaginación.
b) Modelado.
c) Autoinstrucciones encubiertas.

5. Una de las tareas que debe hacer el terapeuta es:

a) Proporcionarle al sujeto instrucciones adecuadas.
b) Enseñar al sujeto a generar sus propias autoinstrucciones.
c) Reestructurar las autoinstrucciones inadecuadas.

6. La autoinstrucción «¿Tengo los ingredientes para una tortilla?» corresponde a la fase:

a) Definición del problema.
b) Guía específica.
c) Autocorrección.

7. El entrenamiento en autoinstrucción se utiliza para:

a) Resolver problemas.
b) Reestructurar ideas inadecuadas.
c) Ambas alternativas son verdaderas.

8. El entrenamiento en autoinstrucciones se ha mostrado útil en (señalar la incorrecta):

a) Problemas por impulsividad.
b) Problemas asociados a ansiedad.
c) Problemas asociados a contingencias inadecuadas.

9. También se ha mostrado eficaz en:

a) Problemas relacionados con el autocontrol.
b) Problemas relacionados con dificultades de aprendizaje.
c) Ambas alternativas son correctas.

10. Cuando se trabaja con niños, parece conveniente:

a) La utilización de medios audiovisuales.
b) Que haya muchos, para que no se aburran.
c) Que se haga al final de la mañana, para que se lo tomen como un premio.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	b	c	b	b	a	c	c	a

Terapia de solución de problemas 20

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS

1. INTRODUCCIÓN

La terapia de solución de problemas (TSP) fue inicialmente propuesta por D'Zurilla y Goldfried (1971), siendo luego revisada y ampliada hasta nuestros días (D'Zurilla y Nezu, 1982, 1990, 1999, 2007; D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 2002; Maydeu-Olivares y D'Zurilla, 1995, 1996; Nezu, 2004; Nezu y D'Zurilla, 1989). Desde su aparición hasta hoy el crecimiento de su aplicación ha sido enorme por su utilidad. Además, tiene la ventaja de que puede ser utilizada sola en un tratamiento o como una técnica de un tratamiento junto a otras. Esto último ha favorecido su utilización en múltiples tratamientos o paquetes de tratamiento muy conocidos (por ejemplo, se utiliza en la terapia cognitiva de Beck, en el entrenamiento en inoculación de estrés, en distintos entrenamientos en habilidades sociales, etc.).

La TSP surge en los años setenta dentro de las técnicas cognitivas. Los hechos que favorecieron su aparición fueron (D'Zurilla, 1986) el interés por la creatividad, la relevancia de la competencia social en psicopatología, el desarrollo de las técnicas cognitivo-conductules y el desarrollo de la teoría transaccional del estrés de Lazarus.

La TSP es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual el individuo intenta identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se le van presentando en su vida cotidiana. El objetivo de la TSP es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico. Fue en 1982 cuando D'Zurilla y Nezu (1982) redenominaron la primeramente denominada TSP por TSP sociales debido a que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales. Su meta siempre ha sido producir consecuencias positivas en el individuo, junto a disminuir o evitar las consecuencias negativas. Con la TSP podemos aprender una habilidad general, la cual nos puede permitir un cambio de conducta más positivo, generalizado y duradero (Chang, D'Zurilla y Sanna, 2004). La ventaja de este tratamiento es que se lleva a cabo en el ambiente natural o mundo real del individuo (D'Zurilla y Nezu, 1982). Por ello, hoy puede ser considerada al mismo tiempo como un proceso de aprendizaje, una estrategia de afrontamiento general y un método de autocontrol (D'Zurilla y Nezu, 2007). En ocasiones, la solución de problemas sociales representa un grupo de habilidades sociales que son importantes para la competencia social. Varios entrenamientos en habilidades sociales incluyen la TSP como una parte esencial de la misma (por ejemplo, en el de Bedell y Lennox, 1997).

La ventaja de la TSP es que es útil para abordar cualquier tipo de problema, sean interpersonales (por ejemplo, problemas financieros), personales e intrapersonales (por ejemplo, conflictos maritales, disputas familiares, depresión, ansiedad, etc.), o sociales o comunitarios (por ejemplo, conducta criminal, discriminación, malos tratos, etc.).

Quizás el cambio más importante en la evolución histórica de la TSP es su actual énfasis en la necesi-

dad de centrarse en los principios del cambio de conducta (sea conductual, cognitiva o ambas) más que exclusivamente en sólo la TSP (D'Zurilla y Nezu, 2007). Ello viene dado por su utilidad, muchas veces como técnica complementaria de otras más que como una técnica exclusiva de tratamiento.

2. BASES TEÓRICAS

2.1. El problema, la solución y la solución de problemas

Los tres principales conceptos de la TSP son los de problema, solución y solución de problemas (Nezu, 2004; D'Zurilla y Nezu, 2007). Por *problema*, o situación problemática, se entiende cualquier situación de la vida, actividad o tarea, presente o anticipada por el individuo, que demanda una respuesta para su funcionamiento adaptativo pero no dispone en este momento de ninguna respuesta efectiva. La persona, pareja o grupo, ante esta situación, por los obstáculos que están presentes, sean porque han surgido recientemente (por ejemplo, una enfermedad), por demandas a las que no se les puede hacer frente o porque el individuo está en una situación crónica de soledad, aburrimiento, etc., no tiene solución para el problema. Éste puede originarse dentro del propio individuo (por sus emociones o pensamientos), entre individuos, o debido al ambiente. La ambigüedad, la incertidumbre, las demandas conflictivas, la carencia de recursos o la novedad son elementos que pueden estar en la base del problema.

La *solución* es una respuesta de afrontamiento dirigida a alterar la naturaleza del problema, las reacciones emocionales negativas que produce, o ambas. Las soluciones efectivas son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo permiten lograr tales objetivos, solucionando el problema, sino que también al tiempo maximizan otras consecuencias o beneficios positivos y minimizan otras consecuencias o costes negativos.

Tiene en cuenta los resultados personales de la solución junto a los sociales, a corto y a largo plazo. Las consecuencias relevantes incluyen los resultados personales y sociales, así como los resultados a corto y a largo plazo (Nezu, 2004).

La *solución de problemas sociales* es el proceso cognitivo conductual por el que el individuo intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para su problema concreto, habitualmente causado por el estrés, y para todos los problemas que le surgen en su vida diaria. Es una actividad consciente, racional, que implica esfuerzo, y dirigida a un fin. Con ello pretendemos cambiar la situación problemática para mejorar, reducir el malestar emocional que produce, o ambas. Esto vale para un individuo, una pareja o un grupo.

2.2. El papel de las emociones en la solución de problemas

Siempre se ha reconocido que las emociones tienen un importante papel en la TSP (D'Zurilla y Nezu, 2007). Habría tres fuentes principales de activación emocional en la solución de problemas sociales:

a) La situación problemática objetiva.
b) La orientación hacia el problema.
c) El estilo de solución de problemas.

Las respuestas emocionales pueden ser positivas o negativas. Las primeras facilitan el proceso de solución de problemas, las negativas lo interfieren o inhiben.

Las situaciones problemáticas objetivas suelen ser situaciones aversivas o displacenteras, como la pérdida de reforzadores, conflicto, frustración, incontrolabilidad, ambigüedad, complejidad o novedad, o estímulos dañinos o dolorosos a nivel corporal (por ejemplo, en una enfermedad). Éstos pueden generar ansiedad, depresión, ira, etc., en el individuo. Pero en otros no producen emociones negativas ya que son capaces de afrontarlas y superarlas. Otras emociones positivas, si están presentes, contrarrestan las negativas.

La orientación hacia el problema es un elemento muy importante para llevar a cabo una adecuada solución de problemas. Si la persona tiene una baja tolerancia a la incertidumbre o a la frustración, o a quien atribuye el problema, entonces ante el problema la persona pude tener emociones positivas,

negativas o ambas. Las emociones positivas suelen aparecer si el individuo ve el problema como una parte normal de su vida y lo ve resoluble. Las emociones negativas, cuando ve el problema como algo que le desborda, que no sabe cómo resolverlo o que es irresoluble del modo que él pretende.

El estilo de solución de problemas marca mucho el proceso de solución de problemas. Un estilo adaptativo (estilo de solución de problemas racional) permite solucionar el problema; un estilo desadaptativo (estilo de solución de problemas impulsivo o evitativo) dificulta o imposibilita resolverlo. Uno u otro estilo, y sus resultados, inciden directamente sobre las emociones facilitando o inhibiendo el proceso de solución de problemas, en aspectos como los de reconocimiento del problema, motivación para resolverlo, metas, preferencias de solución, anticipación de resultados, probabilidad de que se repitan los mismos problemas en el futuro y eficiencia de la ejecución de la solución de problemas.

En ocasiones, las respuestas emocionales interfieren tanto en el proceso de solución de problemas que hay que tratarlas con técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en inoculación de estrés, la desensibilización sistemática o la relajación. Una vez controladas estas respuestas emocionales, pasaríamos entonces a aplicar la TSP.

2.3. Dimensiones de la solución de problemas

Toda una serie de estudios realizados con el Inventario de solución de problemas sociales (*Social Problem Solving Inventory-Revised,* SPSI-R; D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 2002) han permitido delimitar las dimensiones que se relacionan con una solución de problemas eficaz o ineficaz. Como revisan D'Zurilla y Nezu (2007), Nezu (2004) y Chang, D'Zurilla y Sanna (2004), se ha encontrado con el SPSI-R que los dos elementos básicos relacionados con el resultado de la solución de problemas son:

a) La orientación hacia el problema.
b) El estilo de solución de problemas.

La orientación hacia el problema es un elemento básico para llegar a una adecuada solución de problemas. Considerada como un grupo estable de esquemas cognitivo-afectivos, sirve al individuo para afrontar o no exitosamente los problemas que le van surgiendo en la vida. Tendría dos elementos, el de la autoeficacia de solución de problemas generalizada (o creencia de que uno es capaz de resolver los problemas e implementar las soluciones efectivamente) y el resultado de solución de problemas positivo generalizado (o creencia general de que el problema es solucionable). Habría individuos con una orientación hacia el problema positiva y otros con una orientación hacia el problema negativa.

Dentro de los estilos de solución de problemas han encontrado tres. El primero es el de solución de problemas racional, o estilo de solución de problemas constructivo. Éste incluye cuatro habilidades de solución de problemas racional específicas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones e implementación y verificación de la solución.

Mientras que la solución de problemas racional es un tipo adaptativo de solución de problemas, existen otros dos tipos de solución de problemas que son desadaptativos. Son el estilo de solución de problemas impulsivo y descuidado y el estilo evitativo. El primero se caracteriza por una respuesta generalizada de tipo impulsivo cuando se enfrenta a la solución de problemas. El segundo, el evitativo, no afronta la solución del problema, retrasándola, mostrando pasividad ante ella o una fuerte dependencia ante otras personas que son las que deciden la solución al problema. Por ello, evita los problemas, no se enfrenta a ellos, los dilata o carga la responsabilidad de su solución a otros.

En función de los tres estilos de solución de problemas (racional, impulsivo o evitativo), de la aplicación del entrenamiento en solución de problemas y de la experiencia acumulada con el mismo, los objetivos específicos que suelen plantearse cuando se lleva a cabo la TSP son mejorar la orientación positiva hacia los problemas, disminuir la orientación negativa ante ellos, mejorar la habilidad de solución de problemas racional, disminuir el estilo impulsivo/descuidado y disminuir el estilo evitativo.

3. PROCEDIMIENTO

TABLA 20.1

Cuadro resumen de los pasos de la terapia de solución de problemas

1. Modelo subyacente a la terapia en solución de problemas.
2. Creación de una adecuada relación terapéutica.
3. Evaluación conductual, formulación del caso y evaluación de la capacidad de solución de problemas.
4. Aplicación del entrenamiento en solución de problemas como tratamiento único o como técnica complementaria a otras de un tratamiento.
5. Pasos de la terapia de solución de problemas:

   — Orientación hacia el problema.
   — Definición y formulación del problema.
   — Generación de soluciones alternativas.
   — Toma de decisiones.
   — Puesta en práctica y verificación de la solución.

6. Tareas para casa y otros ejercicios de solución de problemas.
7. Mantenimiento de los resultados y prevención de la recaída.
8. Problemas más frecuentes y sus soluciones en la aplicación de la terapia de solución de problemas.

3.1. Modelo subyacente a la terapia en solución de problemas

La aplicación de la TSP a cualquier persona implica explicarle en qué va a consistir, que vea su utilidad y que asuma que tiene que trabajar de un modo concreto para hacer frente a sus problemas. Esto implica que asuma que todos podemos tener problemas, o que los tenemos, pero que podemos resolverlos. Si el individuo no asume el modelo subyacente a la TSP, no va a ser posible avanzar en el tratamiento.

El modelo de solución de problemas parte de que los trastornos psicopatológicos que padecen las personas, como depresión, ansiedad, ira, problemas interpersonales, síntomas físicos, etc., son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas o desadaptativas. El estrés psicológico se entiende como una función de las relaciones recíprocas entre dos tipos de eventos vitales estresantes (importantes eventos vitales negativos y problemas de la vida cotidiana), los estados emocionales negativos y el afrontamiento de la solución de problemas. Todos estos elementos interactúan entre sí, influyéndose unos sobre otros. Si la persona es capaz de solucionar adecuadamente los problemas, este factor reduce o minimiza el peso de los anteriores factores. Cuando la solución de problemas es inefectiva, entonces los problemas emocionales o los problemas psicológicos se incrementan, pudiendo llegar a convertirse en un trastorno clínico. De ahí que, partiendo de este modelo, toda la intervención terapéutica se dirige a mejorar las habilidades de solución de problemas.

Es importante indicar que la investigación ha mostrado que (D'Zurilla y Nezu, 1999, 2007; Nezu, 2004):

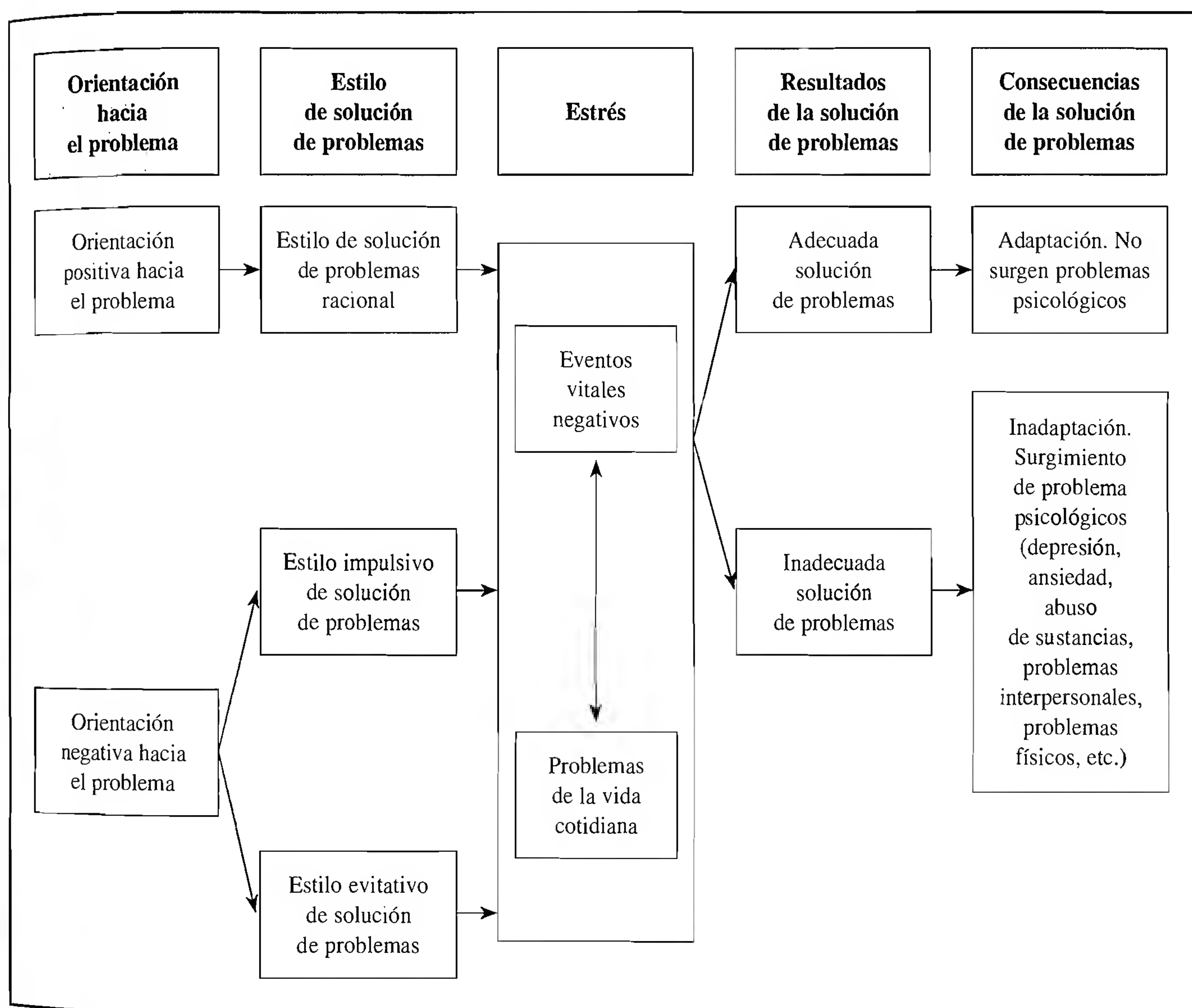
a) Hay una clara asociación entre varios déficit de solución de problemas y el afecto negativo (ansiedad, preocupación, depresión).
b) La solución de problemas es un moderador significativo de la relación entre eventos estresantes y el malestar psicológico posterior

(esto es, los individuos que solucionan efectivamente sus problemas atenúan mejor que los que no lo hacen los efectos negativos de las situaciones estresantes o del estrés).

c) La TSP es una intervención clínica efectiva para un amplio rango de trastornos (por ejemplo, depresión), problemas psicológicos (por ejemplo, problemas de pareja) y el malestar asociado a distintas enfermedades médicas crónicas (por ejemplo, hipertensión). En la figura 20.1 presentamos el modelo que subyace a la TSP.

3.2. Creación de una adecuada relación terapéutica

En cualquier tipo de tratamiento cognitivo-conductual, el establecimiento de una buena relación terapéutica es esencial (Farmer y Chapman, 2008). Esto es muy importante en todas sus terapias dado que éstas se orientan a la acción y el cliente tiene que asumir un papel activo en ellas. En la de solución de problemas esto aún es más importante, ya que la persona tiene que detectar cuáles son sus problemas y trabajar para lograr el modo de resol-



FUENTE: Adaptado y ampliado a partir de D'Zurilla y Goldfried (2002, 2004).

Figura 20.1.—El proceso de solución de problemas.

verlos. Por ello D'Zurilla y Nezu (2007) dan gran relevancia a lo que denominan «construir una relación terapéutica positiva», que va a consistir en ser cálido, empático y genuino con nuestros clientes, ser entusiasta y optimista ante cualquier problema ya que ante ellos podemos ver si éste se puede resolver o no, afrontar la participación, tanto en las sesiones de tratamiento como en las tareas para casa que se le asignan.

Dado que la TSP se lleva a cabo mediante explicaciones didácticas, actividades de entrenamiento en habilidades, ejercicios de *role-playing* y tareas para casa, mantener una adecuada relación entre cliente y terapeuta es esencial en toda la TSP.

3.3. Evaluación conductual, formulación del caso y evaluación de la capacidad de solución de problemas

La evaluación conductual lo que hace es identificar las unidades de respuesta significativas y las variables ambientales y organísmicas que controlan la conducta problema con el propósito de comprender y alterar dicho comportamiento. Una parte importante del proceso de la evaluación conductual es el análisis funcional o formulación del caso. Nezu, Nezu y Lombardo (2004) han diseñado todo un modelo, basado en la solución de problemas, para la formulación del caso clínico y para el diseño del tratamiento. Con él podemos organizar toda la información que recopilamos de cada persona y cómo debemos proceder como terapeutas en la recopilación de la información sobre la persona y su(s) problema(s) para poder poner en práctica el mejor tratamiento. Por ejemplo, cuando la persona viene a tratamiento, estaría en el estado actual (por ejemplo, con depresión), mientras que nuestro objetivo y el del cliente sería el estado deseado (que deje de tener depresión). Detectar los obstáculos para lograr solucionar el problema (por ejemplo, separar hechos de asunciones, identificar los factores que contribuyen a la situación problema, analizar si las metas que se quieren lograr son viables, si se tienen las habilidades necesarias, etc.) y poner en práctica la TSP y las técnicas que se precisen para lograr esa mejoría es lo que hacemos en el tratamiento.

Es muy útil recurrir en la aplicación de la TSP al Inventario de solución de problemas sociales (D'Zurilla et al., 2002), del que hay varias versiones en castellano (Calero et al., 2001; Calvete y Cardeñoso, 2001; Maydeu-Olivares et al., 2000). Con él podemos evaluar tanto las capacidades de solución de problemas de la persona como los estilos de solución de problemas (racional, impulsivo y evitativo) y los cambios que se producen en las capacidades y estilos de la persona conforme se va aplicando el tratamiento, o una vez que éste ha finalizado.

3.4. Aplicación del entrenamiento en solución de problemas como tratamiento único o como una técnica complementaria a otras de un tratamiento

Hoy la TSP es un procedimiento flexible que puede utilizarse solo o como parte de un tratamiento. Permite ser aplicado individualmente, con parejas, en grupos, en personas con distintos tipos de trastornos, en diferentes contextos sociales (por ejemplo, escuela, trabajo, asociaciones) y clínicos (por ejemplo, atención primaria, hospital, consulta). Realmente el nuevo planteamiento de la TSP, que resumen muy bien D'Zurilla y Nezu (2007) cuando dicen que «enfatizamos la noción de centrarse en los procesos de cambio de conducta más que exclusivamente en el entrenamiento en solución de problemas» (p. 95), indica la versatibilidad de este procedimiento terapéutico. Esto ha facilitado el que se haya convertido en un tratamiento muy útil tanto aplicado solo como formando parte de un tratamiento más amplio. También se ha utilizado como una estrategia de mantenimiento o como un programa preventivo (Malouff et al., 2007).

3.5. Pasos de la terapia de solución de problemas

Como ya hemos indicado, la TSP consta de cinco pasos que se siguen secuencialmente uno tras otro.

Son los de orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones e implementación y verificación de la solución (véase la tabla 20.2).

3.5.1. *Orientación hacia el problema*

Hoy sabemos que la fase de orientación hacia el problema es básica. Si ésta no se hace adecuadamente, falla todo el procedimiento. Por ello se insiste mucho en que no incluirla, por creer que no es necesaria, puede llevar al fracaso de todo el tratamiento (Nezu, 2004).

Es esencial que la persona, antes de intentar solucionar su problema, adopte una actitud positiva y optimista hacia el problema y hacia sus habilidades para resolverlo. En esta fase debemos lograr fomentar las creencias de autoeficacia, saber reconocer los problemas, verlos como retos, usar y controlar las

TABLA 20.2

Componentes del proceso de solución de problemas

1. Orientación hacia el problema — Fomentar las creencias de autoeficacia. — Saber reconocer los problemas. — Ver los problemas como retos. — Usar y controlar las emociones en la solución de problemas. — Aprender a parar y pensar antes de actuar.
2. Definición y formulación del problema — Recopilar información relevante sobre el problema basada en hechos. — Clarificar la naturaleza del problema. — Establecer una meta realista de solución de problemas. — Reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social del individuo.
3. Generación de soluciones alternativas — Principio de la cantidad. — Principio del aplazamiento del juicio. — Principio de la variedad.
4. Toma de decisiones — Anticipación de los resultados de la decisión. — Evaluar (juzgar y comparar) los resultados de la solución. — Preparar un plan para la solución.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución — Realización de la conducta elegida. — Autobservación de la conducta y/o del resultado. — Autoevaluación, comparando el resultado actual con el resultado esperado. — Autorreforzamiento. — (Si el resultado no ha sido el esperado) Investigar el proceso y hacer los cambios necesarios para llegar a un resultado satisfactorio.

emociones en la solución de problemas y aprender a parar y pensar antes de actuar.

En relación a fomentar las creencias de autoeficacia, lo primero que tenemos que conseguir es que la persona sea capaz de asumir que puede llegar a solucionar su problema. Lo que tenemos que hacer es fomentar sus creencias de autoeficacia identificando y reconociendo los obstáculos para una orientación positiva hacia el problema, como puede ser su poca seguridad, pensamientos negativos, reacciones emocionales negativas, etc. También cómo eliminar estos obstáculos. Otro aspecto es detectar y ver el modo de superar las emociones negativas si están presentes. En este proceso debemos lograr que la persona sea capaz de reconocer e identificar los problemas, diferenciar los problemas negativos (o desadaptativos) de los positivos (o adaptativos) y tener un sentido positivo hacia los problemas y su posibilidad de poder ser resueltos.

En esta fase debemos conseguir mejorar las habilidades del individuo en ser capaz de detectar el problema cuando éste ocurra. Esto exige centrarse en sus aspectos relevantes, no dejar que las emociones le cieguen. Aquí puede ser muy útil emplear un listado de potenciales situaciones problemáticas.

Otro aspecto es que la persona debe ver el problema como un reto o como una oportunidad para resolverlo, para mejorar sus habilidades ante él, como son el crecimiento personal, como una ganancia que puede tener, en contraposición al pensamiento negativo sobre él, que suele estar en la base de no encontrarle solución.

En todo ello el uso y control de las emociones en la solución de problemas es un aspecto relevante. Debemos aclararle la relevancia de las emociones negativas en mantener el problema o en impedir buscarle una adecuada solución. También tenemos que hacerle ver que si están presentes emociones positivas es más probable que se pueda solucionar adecuadamente el problema, dado que las emociones positivas y una forma positiva de pensar facilitan el proceso de solución de problemas. En aquellos casos en que sea necesario se utilizará aquí el método ABC del pensamiento constructivo (A-evento activante, B-creencia o lo que se dice a sí mismo, C-consecuencia emocional). Con él se le podría explicar y hacer ver la relación entre los eventos, sus creencias y sus emociones. También se le entrenará en estrategias para el manejo del estrés (por ejemplo, relajación, distracción, ejercicio) o de la activación emocional si es necesario.

El último aspecto de esta primera fase es entrenarle en que sepa pararse y pensar antes de actuar. No puede reaccionar de un modo automático. Probablemente hasta ahora es como ha actuado, y esto ha resultado ineficaz. Normalmente, las personas con estilos impulsivos o evitativos fallan en solucionar adecuadamente sus problemas. El objetivo será utilizar, o aprender a aplicar, un estilo de solución de problemas racional.

Las estrategias de entrenamiento que se utilizan a lo largo de las distintas fases de la TSP son los métodos didácticos, el entrenamiento, modelado, moldeado, ensayo conductual, feedback por la ejecución y reforzamiento positivo.

TABLA 20.3

Sugerencias generales para las primeras sesiones de la TSP

1.	Debe establecerse la agenda del problema o problemas a tratar al comienzo de la sesión.
2.	El terapeuta debe colaborar con el cliente para que el problema elegido sea adecuado, y su solución, viable.
3.	Deben plantearse metas realistas y específicas.
4.	No debe pasarse a la siguiente fase de solución de problemas si no se ha superado adecuadamente la anterior.
5.	Deben asignarse al cliente tareas para casa, que debe traer por escrito en la siguiente sesión.

3.5.2. *Definición y formulación del problema*

Una vez que el individuo asume que existen problemas y que podemos encontrarles soluciones adecuadas, la fase de definición y formulación del problema es de suma importancia. Si conseguimos definir y formular adecuadamente el problema, ya tenemos la mitad resuelto. En esta fase lo que haremos será: recopilar información relevante sobre el problema basado en hechos, clarificar su naturaleza, establecer una meta realista de solución y reevaluar el significado del problema para el bienestar personal y social del individuo.

Para conocer mejor el problema tenemos que recopilar información relevante sobre él o hacer consciente la información al respecto que obviamos, no queremos ver o reconocer. Esta información tiene que estar basada en hechos, no en asunciones o creencias, y estar descrita en términos concretos, específicos, relevantes. Es útil diferenciar hechos de asunciones. D'Zurilla y Nezu (2007) sugieren que utilizar la técnica de *role-playing* imaginario puede ser muy útil en esta fase.

La clarificación de la naturaleza del problema se centrará en corregir cualquier distorsión o concepción errónea que pueda interferir con una definición adecuada de él e identificar por qué esa situación dada es un problema. Analizar las distorsiones cognitivas propuestas por Beck (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, atribuciones erróneas) puede ser útil en esta fase. En ocasiones el problema está en la discrepancia entre lo que es y lo que debería ser. Si la persona es capaz de darse cuenta de ello, entonces podrá comenzar el proceso hacia una efectiva solución de problemas. O el problema radica en distintos obstáculos que impiden solucionarlo, como déficit de habilidades, problemas emocionales, complejidad, etc.

Otro aspecto importante es establecer una meta realista de solución de problemas. Unos problemas son resolubles, otros no. Unos problemas se solucionan de modo simple, otros son complejos o hay que descomponerlos en subproblemas. Todo ello debe llevar al individuo a reevaluar el significado del problemas de modo que pueda conocerlo mejor, definirlo y comprender que puede llegar a solucionarlo. Un ejercicio de análisis de costes y beneficios, a corto y a largo plazo, puede aquí ser muy útil (véase la tabla 20.4).

3.5.3. *Generación de soluciones alternativas*

El objetivo de la fase de generación de soluciones alternativas es llegar a disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible. Con ello esperamos maximizar la probabilidad de que la mejor solución posible esté entre ellas. Habitualmente los obstáculos que impiden elaborar alternativas de solución creativas son el hábito y la convención. Los hábitos son buenos si con ellos llegamos a soluciones efectivas de los problemas. Pero son negativos si el individuo responde automáticamente ante una situación problemática de un modo que no le conduce a su solución. Sabemos que las primeras soluciones que vienen a la mente no siempre son las mejores.

TABLA 20.4

Elementos importantes a tener en cuenta en la definición y formulación del problema

1.	Busca toda la información posible en relación con el problema basada en hechos.
2.	Describe los hechos relacionados con el problema en términos claros, precisos y objetivos.
3.	Identifica los factores que hacen de la situación, persona(s) o pensamientos un problema.
4.	Diferencia la información relevante de la irrelevante. Céntrate sólo en los hechos objetivos. Desecha las inferencias, asunciones o interpretaciones que no sean verificables.
5.	Plantea metas de solución de problemas realistas y posibles de alcanzar.

Por ello en esta fase se utilizan tres principios derivados de la producción divergente de Guildford y de la tormenta de ideas de Osborn: el principio de la cantidad, el principio del aplazamiento del juicio y el principio de la variedad.

El *principio de la cantidad* se refiere a que cuantas más soluciones alternativas se produzcan ante un problema, más calidad de ideas estarán disponibles y con más probabilidad podremos llegar a la mejor solución. El *principio del aplazamiento del juicio* se refiere a que una persona generará mejores soluciones si no tiene que evaluarlas en ese momento. Además, el juicio tiende a inhibir la imaginación si se usan ambas al mismo tiempo. El *principio de la variedad* afirma que cuanto mayor es el rango o variedad de ideas de solución, más ideas de buena calidad serán descubiertas. Si el cliente encuentra difícil generar soluciones, el terapeuta puede sugerir soluciones poco realistas o claramente inapropiadas. Esto suele servir para que el cliente proporcione más alternativas y que éstas sean más realistas. De igual modo el terapeuta debe favorecer que el cliente se decante por aquellas soluciones que son relevantes y específicas, en contraposición a las poco relevantes, generales, inespecíficas o poco realistas (tabla 20.5).

En este proceso interfiere el bloqueo emocional, la ansiedad, la depresión, el llegar siempre a la misma solución, la falta de información, etc. Ello lleva a impedir formular adecuadas alternativas de solución. Si éste fuese el caso, sería necesario echar mano de otras técnicas, como la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones o el entrenamiento en relajación. Son procedimientos también útiles para incrementar la cantidad y calidad de la generación de alternativas, utilizar combinaciones, modificaciones o visualización de las que se le van ocurriendo.

Finalmente, tenemos que lograr soluciones relevantes para el problema, específicas, de cara a poder luego poner en práctica una estrategia que conduzca adecuadamente a la solución y la táctica para lograrlo.

3.5.4. *Toma de decisiones*

El objetivo de la fase de toma de decisiones es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática. Esto se basa en dos modelos de decisión teórica:

a) La teoría de la utilidad esperada, según la cual la elección de la conducta está basada en un análisis racional coste/beneficio.

TABLA 20.5

Ejemplos de solución poco o nada realistas

Descripción de la situación	Problema	Solución
Persona que se ha divorciado de su esposa.	Necesidad imperiosa de formar una nueva relación.	Desea la relación sólo con su ex esposa, la cual debe volver de nuevo con él.
Madre que se ve imposibilitada de controlar a su hija de 17 años.	Ansiedad y preocupación obsesiva cuando su hija está fuera de casa los fines de semana con sus amigas.	Que las amigas de su hija vengan los fines de semana a su casa y lo pasen en ella.
Persona que ha sufrido un infarto agudo de miocardio hace tres semanas.	Tener que dejar de fumar los tres paquetes de cigarrillos que fuma al día y reducir la ingesta abusiva de alcohol.	Reducir el consumo de cigarrillos y alcohol sólo el fin de semana.

b) La teoría de la perspectiva, que tiene en cuenta los efectos de los factores perceptivos y subjetivos sobre la conducta elegida.

En esta fase, para cada solución alternativa, se indican los costes y beneficios, a corto y a largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas y se selecciona la solución o combinaciones de soluciones con la mejor utilidad esperada. El juicio de la utilidad esperada se basa principalmente en cuatro criterios coste/beneficio:

a) Resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema).
b) Bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado).
c) Tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo que calcula que le requiere).
d) Bienestar personal y social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total).

Aun utilizando los anteriores criterios, la persona que toma la decisión puede variar en sus evaluaciones de los resultados de la solución a causa de diferencias en normas, valores y compromisos personales. Es por ello muy útil que para cada decisión la persona puntúe su grado de satisfacción con el resultado esperado para cada solución. Así, establecemos la utilidad esperada de cada solución alternativa. Esto podemos hacerlo con hojas de decisión (tabla 20.6), en las que la persona puntúa en una escala de 1 a 10, o en otro tipo de escala, distintas consecuencias (personales, interpersonales, sociales, etc.) o ventajas y desventajas de cada alternativa de solución. Al final se obtiene una puntuación que le permite más objetivamente llegar a la selección de la mejor alternativa.

También en esta fase del proceso se utilizan varios procedimientos para facilitar el conocimiento de estructuras de solución de problemas alternativas, así como las creencias, valores y emociones que pueden influir en su preferencia por soluciones alternativas. Entre éstas están las soluciones vagas o ambiguas, que hay que pasarlas a términos conductuales concretos, utilizando ensayo de conducta o ensayo encubierto; ver el problema desde otra perspectiva y generar formulaciones del problema alternativas, plantear tantas soluciones como sea posible y considerar concepciones de solución alternativas y todos los resultados de solución posibles anticipando las ganancias y pérdidas que tendría cada una de ellas.

En función de los resultados estimados de las alternativas de solución disponibles, la persona debe responder a estas tres cuestiones:

a) ¿Es el problema resoluble?
b) ¿Necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución?
c) ¿Qué solución o combinación de soluciones debería elegir para ponerla en práctica?

Si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa, a la segunda, negativa, y podemos contestar la tercera, entonces ya tenemos una solución para el problema. En caso de que no sea así, hay que volver a fases previas del proceso de solución de problemas para que con su cambio o reformulación podamos llegar a conseguir una solución satisfactoria.

El plan de solución que prepare debe caracterizarse por tener la mejor probabilidad de maximizar la utilidad esperada. El plan puede ser simple o complejo. Uno simple implicaría un solo curso de acción; uno complejo consistiría en combinar varias soluciones alternativas. Con esto podemos eliminar las soluciones inadecuadas y quedarnos con las relevantes. Sin embargo, en ocasiones es difícil evaluar las consecuencias de distintas soluciones. En tal caso resulta útil el ensayo imaginario y el ensayo conductual, especialmente ante problemas interpersonales.

3.5.5. *Puesta en práctica y verificación de la solución*

En la fase de puesta en práctica y verificación de la solución se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real. Esto se hace primero simbólicamente antes de

TABLA 20.6

Ejemplo de hoja de toma de decisiones

	Alternativas				
	1	2	3	4	5
Ventajas					
— Beneficios					
— Consecuencias positivas					
— Tiempo y esfuerzo requeridos					
— A corto plazo					
— A largo plazo					
— Adecuación a los propios valores y metas					
— Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.)					
Total					
Desventajas					
— Costes					
— Consecuencias negativas					
— Tiempo y esfuerzo requeridos					
— A corto plazo					
— A largo plazo					
— Adecuación a los propios valores y metas					
— Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.)					
Total					
Ventajas - desventajas					
Alternativas					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

hacerlo en la situación de la vida real. D'Zurilla (1986) utiliza como marco conceptual en esta fase la teoría o cibernética del control y la concepción cognitiva conductual del autocontrol. Ésta consta de cuatro componentes: ejecución, autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento.

La *ejecución* se refiere a la puesta en práctica de la solución. Es importante tener en cuenta que la ejecución de una solución elegida en la vida real puede estar influida significativamente por otros factores distintos a la capacidad de solución de problemas. Por ejemplo, tener déficit en otra habilidad

(aptitud académica), déficit en la habilidad de ejecución (habilidades sociales), inhibición emocional y déficit motivacionales (reforzamiento). Si es necesario, en este momento habrá que entrenar o enseñar al individuo estrategias concretas de las que carece, como habilidades sociales, manejo del estrés, eliminar obstáculos, etc.

La *autoobservación* consiste en la observación de la propia conducta de ejecución de la solución y de sus resultados. Ésta debe evaluarse de modo objetivo (por ejemplo, frecuencia, intensidad, duración). En la *autoevaluación* se compara el resultado de la solución observada con el resultado predicho o esperado para la solución, basado en el proceso de toma de decisiones. Si la solución ha sido satisfactoria, entonces sólo queda el último paso del *autorreforzamiento,* en que se refuerza a sí mismo por un «trabajo bien hecho». Este refuerzo puede ser tanto una autoafirmación positiva o un refuerzo más tangible como comprarse un objeto o realizar una actividad. Pero no cabe duda de que la resolución del problema en sí mismo es un importante reforzador. Este paso del reforzamiento es muy importante en el proceso de solución de problemas, ya que no sólo se refuerza una ejecución de solución de problemas efectiva, sino que también se fortalece el control percibido y las expectativas de autoeficacia, que son muy importantes para esfuerzos de solución de problemas futuros.

Si hay discrepancias entre el resultado de la solución observada y el resultado esperado, se debe buscar la fuente de dicha discrepancia, especialmente si está en el proceso de solución de problemas o en la ejecución de la solución (por ejemplo, déficit de habilidades, inhibición emocional). Si después de realizar todas las evaluaciones y todas las correcciones se soluciona adecuadamente el problema, el proceso habrá finalizado; si no se encuentra una salida al problema y no puede exitosamente aplicar las estrategias, habría que ayudarle a concluir que el problema es irresoluble y centrarse en otro tipo de técnicas. El perfeccionismo en la solución de problemas y la incapacidad de aceptar que algunos son irresolubles tal como están formulados son a veces características de algunas personas que les llevan una y otra vez a no resolver sus problemas.

3.6. Tareas para casa y otros ejercicios de solución de problemas

Un elemento importante de la TSP son las tareas para casa. Éstas van a consistir en realizar los ejercicios que se han practicado en la consulta, pero no meramente los realizados a nivel cognitivo o imaginario, sino los conductuales de puesta en práctica de las alternativas de solución a las que se va llegando poco a poco a lo largo de todo el proceso de tratamiento. También, en muchas ocasiones, hay que entrenar a la persona en técnicas específicas, como una parte de la propia TSP, si carece de estrategias o habilidades necesarias para solucionar su problema (por ejemplo, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, etc.). En tal caso debemos entrenarle en dichas técnicas y que las ponga en práctica en su vida cotidiana a través de tareas para casa que le programamos. Éstas las puede poner en práctica en situaciones imaginarias o reales, aplicando en su vida cotidiana todo aquello que va aprendiendo en la consulta y fuera de ella (véase la tabla 20.7).

3.7. Mantenimiento de los resultados y prevención de la recaída

Como ya hemos comentado con anterioridad, el entrenamiento específico en solución de problemas es una parte básica de una intervención cuando aplicamos esta técnica, pero no hay que olvidarse de la fase previa de evaluación y de la posterior de mantenimiento y generalización. Para ésta resultan de gran ayuda las distintas tareas que el cliente ha llevado a cabo en las sesiones de terapia y en las tareas para casa. Otro modo de favorecer la generalización es proporcionar al cliente distinto material en las sesiones que luego puede seguir utilizando una vez finaliza el tratamiento. En la tabla 20.8 se expone un manual para el cliente, que se le proporciona en las primeras sesiones de tratamiento, como material de apoyo, para que tenga siempre claras las fases del entrenamiento, o al final del mismo para que pueda acudir a él para mantener el proceso de solución de problemas siempre activo (véase la tabla 20.8).

TABLA 20.7

Ejemplos hipotéticos de problemas cuya resolución permite familiarizarse con el entrenamiento en solución de problemas

Dificultad baja
— Tengo que irme rápidamente para mi trabajo y no dispongo de tiempo para desayunar. — Estoy enfadado porque mi equipo de fútbol favorito ha perdido el último partido. — He perdido el autobús y voy a llegar tarde a casa, donde me esperan para celebrar el cumpleaños de mi hijo. — No puedo ir de vacaciones al lugar deseado porque no dispongo de dinero ni tengo tiempo para ir allí.
Dificultad media
— Estoy cabreado por los comentarios que hizo sobre mí un compañero de trabajo. — Estoy en un atasco de tráfico y no puedo salir de él. — Mi hijo me acaba de comunicar que ha suspendido tres asignaturas en la última evaluación. — No he podido conseguir las entradas que quería para poder ver una obra de teatro.
Dificultad alta
— Estoy muy descontento con mi trabajo actual. — He tenido ayer una discusión con mi pareja y estamos enfadados. — No me valoran lo suficiente ni mi familia ni mis amigos. — Me han subido tanto la hipoteca que dudo de que pueda pagarla el próximo mes.

TABLA 20.8

Manual para el cliente

CÓMO SOLUCIONAR MIS PROBLEMAS
Si tengo un problema, también tengo el modo de solucionarlo

Con frecuencia nos surgen en la vida distintos tipos de problemas. Algunos son simples, tan simples, que los resolvemos directamente y ni nos damos cuenta de que para llegar a esa solución tuvimos que pensar en resolverlos en un momento anterior del tiempo. Otros no son tan fáciles de resolver. Cuando éstos se presentan tenemos que saber cómo darles solución en un momento concreto. No podemos tenerlos presentes tiempo y tiempo. Algunos exigen una solución concreta.

Algunas personas afirman que no tienen ningún problema. Por ello, *¿qué es un problema?* Un problema, o una situación problemática, es una situación real o imaginaria a la que tenemos que buscar una solución que no sabemos aplicar en este momento. El resultado suele ser un aumento del nivel de estrés y de las emociones negativas.

Aunque no siempre somos conscientes de ello, cuando nos surge cualquier problema, por muy insignificante que sea en nuestra vida, con frecuencia sólo pensamos que no hay solución para él, que tenemos que seguir haciendo lo que venimos haciendo, fracasando con esta forma de actuar, o respondemos impulsivamente ante él, sin resolverlo y a veces creándonos más problemas. Por ello es tan importante que toda persona sepa cómo solucionar adecuadamente cualquier problema que se le presente.

Vamos a indicar algunos ejemplos de problemas entre los múltiples que aparecen en la vida cotidiana. Los indicamos variados y diversos, incluyéndolos de baja, media o alta intensidad. Son una parte mínima de los que nos encontramos diariamente. Veamos estos ejemplos: tener que irse rápidamente para el trabajo y no hay casi tiempo para desayunar, cabrearse porque no nos gusta lo que nos dijo un compañero de trabajo, estar en un atasco de tráfi-

co, decirnos nuestro hijo que ha suspendido una asignatura en la escuela, perder un partido nuestro equipo favorito, no poder ir de vacaciones al lugar deseado, no tener suficiente dinero, no estar satisfecho con el trabajo actual, no encontrar lo que íbamos a comprar a un comercio, que no nos valoren lo suficiente en el trabajo, la familia, etc., pelearse con un amigo, tener una discusión con la pareja, salir mal un negocio, llegar tarde a casa, no conseguir las entradas que queríamos porque se han agotado o son muy caras, ser menos que otros, desconfiar de alguna persona, que nos suban la hipoteca, no tener trabajo, etc.

También tenemos que saber que algunos problemas los tenemos mal definidos desde el principio y por ello nunca llegamos a una buena solución. Otros problemas que nos creamos no tienen nunca, o casi nunca, una solución satisfactoria para nuestros intereses. Ejemplos de estos últimos casos podrían ser: quiero que esta persona me quiera (eso depende de dos personas, no solo de una); merezco ser rico (eso depende de muchos factores, no sólo de los deseos); quiero y necesito ser más alto (podemos mejorar algo la altura con unos tacones, pero no podemos transformar nuestro físico ni nuestro cuerpo); todos me tienen que reconocer que valgo mucho (no podemos exigir a los demás que se comporten con nosotros como nos gustaría que hicieran), etc. Si es el caso, el mero hecho de reconocer esto ya nos lleva a tener medio problema solucionado.

¿Qué puedo hacer cuando tengo un problema que creo que no voy a poder resolver?
¿Qué puedo hacer cuando no encuentro la solución a un problema?

Sencillamente seguir una serie de estrategias que son las que llevan a solucionar adecuadamente un problema, o a buscar la mejor solución de entre las posibles, aunque a veces la opción elegida no es la que nos gustaría, pero no hay otra. Lo importante es conocer este proceso y aplicarlo, para así estar seguros de que lo que hacemos es lo más correcto.

Estas estrategias se enmarcan en lo que se denomina «entrenamiento en solución de problemas». Con él lo que pretendemos es reconocer los problemas, buscarles soluciones adecuadas y poner en práctica la mejor. Este entrenamiento consta de cinco fases:

1. Reconocer que el problema existe.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de varias soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones para seleccionar la mejor solución.
5. Puesta en práctica de la solución elegida y comprobación de que realmente es la mejor.

Veámoslas.

1. *Reconocer que el problema existe*

Los problemas son cotidianos en nuestra vida. Unas personas solucionan los problemas mejor que otras. El perfeccionismo, la falta de habilidades u otras características personales son barreras importantes para solucionar problemas. Por ello, reconocer que existen problemas y que tenemos que buscarles soluciones es el primer paso.

Si algo nos preocupa, puede haber un problema; si estamos continuamente rumiando sobre algo, puede haber un problema; cuando no somos capaces de tomar una decisión, hay un problema. O más bien, no le encontramos solución.

2. *Definición y formulación del problema*

Cuando sabemos que un problema existe debemos definirlo claramente, de modo operativo, específico y concreto, utilizando información relevante al respecto. Esto es, tenemos que ser lo más objetivos posible, como si fuésemos una persona externa que evalúa si el problema existe y cuál es su magnitud. Tenemos que basarnos en hechos, no en creencias; tenemos que ser concretos (hoy, ayer, siempre...), tenemos que formularlo sin pensar ahora en la solución, tenemos que dejar nuestros prejuicios ante la definición y centrarnos sólo en datos objetivos, concretar si nos afecta a nosotros o a otros, si es sencillo o complejo, reciente o crónico...

3. *Generación de soluciones alternativas al problema*

No se debe aceptar únicamente la solución que se daba hasta ahora a ese problema. Hay que buscar soluciones alternativas generando el mayor número posible de ellas. Se recomienda hacer un listado con todas aquellas posibles soluciones que vengan a la mente. Cualquiera vale. Ahora no las vamos a juzgar, ya lo haremos más tarde. La única regla a tener en cuenta es que sean soluciones concretas, centradas en el problema y no vagas o ambiguas.

4. *Toma de decisiones para seleccionar la mejor solución*

De todas las alternativas de solución propuestas, hay que elegir una, en función del valor de la alternativa para solucionar el problema y de las consecuencias personales, sociales, económicas, etc., que implica; ventajas y desventajas; resultados a corto y largo plazo. La que se seleccione tiene, antes de ponerse en práctica, que ser una posible solución viable al problema. Ya seleccionada, se diseñará una táctica concreta para ponerla en práctica.

5. *Puesta en práctica y verificación de la solución*

La solución elegida se pondrá en práctica y se comprobará si con ella se resuelve el problema. Se observará si el problema queda resuelto. O, de ser necesario, se revisará todo el proceso, en el caso de que el resultado no haya sido el esperado. Si ocurre esto, hay que volver de nuevo al principio y repetir el proceso.

Compruebe si en la puesta en práctica de la solución dispone de las habilidades necesarias para ello, para la solución que ha elegido. A veces el problema está, y por ello no se resuelve, en que la persona no tiene las habilidades necesarias que se precisan para poner en práctica la solución que ha elegido. Si es así, tiene que disponer antes de ellas.

En el entrenamiento en solución de problemas, para pasar de una fase a otra, hay que superar previamente la anterior. Cuando no hay suficiente información en una fase concreta, cuando se ha infravalorado o saltado una fase previa, cuando uno queda bloqueado en una de las fases, o cuando la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas y revisar detenidamente las instrucciones. Cuando se realiza adecuadamente el proceso, podemos pasar de una a otra fase y llegar a la mejor solución de las posibles.

Cómo solucionar los problemas

1. Problema o problemas que tengo.

2. ¿En qué consiste realmente el problema? (definición y formulación del problema).

3. ¿Qué posibles alternativas tengo? (listar todas las alternativas de solución que vengan a la mente).

4. Toma de decisiones para seleccionar la mejor solución (elección de la mejor solución en función de las consecuencias personales, sociales, económicas, etc., viabilidad, modo de ponerla en práctica).

5. Puesta en práctica y verificación de la solución (puesta en práctica de la solución y comprobación de su resultado. Ver si tengo las habilidades necesarias para ponerla en práctica).

3.8. Problemas más frecuentes y sus soluciones en la aplicación de la terapia de solución de problemas

Son varios los problemas que se presentan en la aplicación de la TSP (Bedell y Lennox, 1997; D'Zurilla y Nezu, 2007), como la inexperiencia del terapeuta aplicando la TSP de modo mecánico, no ser capaz de hacer relevante la TSP para un individuo o un grupo, no incluir tareas para casa como una parte del tratamiento, centrarse mecánicamente en su aplicación y no en el cliente, en el tratamiento o en el problema por el que ha acudido, no centrarse en el problema que tiene el individuo, sino en otros menos relevantes, no tener en cuenta las experiencias emocionales del individuo que exigen un abordaje preferente, no diferenciar el afrontamiento centrado en el problema del afrontamiento centrado en la solución, creer que con el entrenamiento en solución de problemas ya solucionamos todo, sin echar mano de otras técnicas que son imprescindibles en ocasiones para poder lograr dicho cambio, no tener claras las fuerzas y debilidades de los pasos de la TSP. Cuando ocurre lo anterior el modo de solucionarlo es que el terapeuta siga el proceso de evaluación y tratamiento tal como sugieren Nezu et al. (2004) dentro de un marco conceptual de solución de problemas. Siguiéndolo, el terapeuta logrará que se centre en su cliente, en el problema por el que ha acudido a tratamiento, y, con todo ello, tendrá un abordaje terapéutico abierto, pragmático y centrado en el problema y en cómo lo podrá resolver su cliente.

3.9. Ejemplo de aplicación en la generación de soluciones alternativas

Como un ejemplo de la aplicación de una de las fases de la TSP indicamos cómo se generan soluciones alternativas. En este caso nos referimos al siguiente problema que tiene una pareja: «discusiones debido a que mi pareja (el varón) no me ayuda nunca en las labores de la casa». Una vez que se ha seguido el proceso, tal como indicamos más atrás para esta fase, generaron las siguientes soluciones alternativas:

— Hacer un calendario con los días que le toca a cada uno limpiar.
— Limpiar por turnos según el tiempo disponible, especialmente la cocina y baño.
— Que no limpie ninguno.
— Dividir las tareas de limpieza de la casa.
— Llamar a mi madre (de la mujer) para que haga la limpieza de la casa.
— Comer siempre fuera para no tener que limpiar.
— Que siempre limpie uno después de la distribución de todas las tareas de la casa.
— Contratar a alguien para que limpie la casa.
— Pedir ayuda a algún familiar para que colabore en la limpieza de la casa.
— Dedicar un día a la semana para hacer la limpieza los dos.

De ellas deben quedarse con tres, siguiendo los pasos para seleccionar las mejores. De éstas deben seleccionar la que consideren mejor y luego que ponerla en práctica para comprobar si con ella resuelven o no el problema.

4. VARIACIONES DE LA TÉCNICA

Aunque hace unas décadas junto a la TSP de D'Zurilla y Goldfried (1971) disponíamos de procedimientos semejantes, como era la solución de problemas cognitivos interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney (véanse en Becoña, 1993), en los últimos años apenas hay aplicaciones con ellas, siendo la TSP de D'Zurilla y Nezu la TSP que ha quedado casi en exclusiva y que tiene un gran número de aplicaciones y de estudios experimentales.

5. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Actualmente disponemos de un gran número de estudios que se han realizado con la TSP sociales,

bien utilizada sola, bien como una técnica de un paquete de tratamiento. Sus aplicaciones más relevantes han sido las referidas al tratamiento de la depresión (por ejemplo, Areán, 2000; Nezu et al., 1989, 2007), pero hay muchas otras (tabla 20.9).

Disponemos de varios metaanálisis que evalúan la eficacia de la TSP. El de Malouff et al. (2007) analizó distintos problemas de salud física y mental. Incluyó 31 estudios en el mismo, con casi 3.000 pacientes. Los resultados indican que la TSP es más eficaz que el no tratamiento, que el tratamiento habitual que reciben otros grupos, que los grupos de control de atención placebo, aunque no es más eficaz que otros tratamientos experimentales con los que se comparó. Específicamente para la depresión tenemos el metaanálisis de Cuijpers et al. (2007). Incluyó 13 estudios. Se aprecia una gran variedad de resultados entre ellos, aunque la mayoría con resultados favorables a la aplicación de la TSP. El promedio del tamaño del efecto es de 0,34, con el modelo de efectos fijos, y de 0,83, con el modelo de efectos aleatorios. La intervención en grupo da mejores resultados que la individual; en estudios de personas que padecen solo depresión los resultados son menores; y los mayores efectos aparecen cuando se compara la TSP con un grupo de control de lista de espera. Con pacientes de atención primaria con depresión, los resultados no han mostrado que la TSP sea eficaz comparada con las condiciones de control.

6. EJEMPLO DE APLICACIÓN A UN CASO

Eduardo es una persona de 39 años, de profesión empresario, que acude a tratamiento por dependencia de la cocaína. Casado en segundas nupcias, tiene un hijo de 5 años y dos hijas de su primer matrimonio de 10 y 18 años. Lleva consumiendo cocaína desde los 22 años, ha realizado dos tratamientos previos, que abandonó al poco tiempo de comenzarlos. El último lo realizó hace 9 meses en un centro público de drogodependencias. Sólo acudió a cuatro sesiones de tratamiento. El primer tratamiento lo realizó hace 5 años, acudiendo sólo a seis sesiones de tratamiento, a un psicólogo privado. En ambos casos dejó el tratamiento porque se sentía bajo de ánimo aunque había logrado reducir el consumo de cocaína en ambos casos. El motivo actual para querer dejar el consumo de cocaína es que está gastando mucho dinero, tiene problemas con su actual mujer por su consumo y empieza a sufrir paranoias y frecuentes taquicardias y tiene la autoestima baja.

TABLA 20.9

Ejemplos de aplicación de la terapia de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu, 2007; Malouff et al., 2007; Nezu et al., 2004)

Transtorno	
— Pacientes esquizofrénicos. — Depresión. — Suicidio e ideación paranoide. — Fobia social. — Trastorno de ansiedad generalizada. — Trastorno de estrés postraumático. — Parejas con problemas. — Problemas de relación padres-hijos. — Padres y familias con hijos a su cuidado. — Pacientes de atención primaria (depresión, trastornos emocionales, síntomas físicos). — Trastorno de personalidad límite.	— Problemas de ira. — Personas con retraso mental. — Problemas de estrés. — Afrontamiento inefectivo. — Abuso de sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, opiáceos). — Delincuentes. — Prevención del VIH. — Obesidad y problemas de control del peso. — Trastorno eréctil del varón. — Pacientes con problemas médicos (por ejemplo, dolor, hipertensión, cáncer, artritis, cefaleas, diabetes, etc.).

En el momento de acudir a tratamiento, consume la cocaína esnifada, normalmente cuatro veces cada semana, en torno a un gramo cada vez. Gasta entre 1.000 y 1.500 euros mensuales en cocaína. Fuma 20 cigarrillos diarios, bebe en la comida y cena vino y de vez en cuando algún cubata. A veces cuando sale de juerga con sus amigos puede llegar a la embriaguez. También fuma porros, especialmente cuando consume cocaína, para reducir su efecto estimulante. Suele fumar tres porros diarios, pudiendo llegar a diez cuando consume mucha cocaína.

Actualmente tiene problemas con su mujer, con las hijas del primer matrimonio y con su ex mujer (incumplimiento monetario, de visitas, reproches, etc.). Ésta lo dejó por su consumo de cocaína y por los problemas de pareja que tenían por su vida desordenada debido a su consumo. Su actual mujer se enteró de su problema con la cocaína hace 5 años. Ésta le obligó a acudir a tratamiento, pero no consiguió dejar el consumo. Actualmente tiene problemas con ella debido al consumo. Teme que lo deje si no abandona la cocaína.

Los problemas principales que tiene en el momento de acudir a tratamiento son: dependencia de la cocaína, del cannabis, problemas de pareja y miedo a fracasar en el tratamiento.

Los objetivos del tratamiento y las técnicas utilizadas para cada uno de ellos se indican en la tabla 20.10. Suelen ser los habituales para muchas de las personas con dependencia de la cocaína, centrados en los aspectos motivacionales, de dehabituación psicológica y de prevención de la recaída. Como se aprecia, un aspecto importante a lo largo de los distintos objetivos del tratamiento ha sido la TSP. Ésta ha sido importante para el reconocimiento del problema, para el abandono del consumo (deshabituación psicológica), para poder considerar otras alternativas distintas al consumo, para el manejo de su estado de ánimo y para la prevención de la recaída. Igualmente ha sido el componente central para el manejo de sus problemas con su actual esposa (ya que ella no ha querido acudir a tratamiento con él) y para el manejo de los problemas que tenía con las hijas de su primer matrimonio. Finalmente, la TSP ha sido un componente importante en la parte final del tratamiento, referida a buscar alternativas de solución para un cambio hacia un estilo de vida saludable. Se utilizó el manual para el cliente (tabla 20.8) en lo referente a las tareas para casa en los ejercicios de solución de problemas.

El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de 4 meses (12 sesiones). Dejó de consumir cocaína en la tercera sesión, tuvo varias caídas a lo largo del tratamiento y logró las principales metas, excepto la de dejar el consumo de cannabis. Los reforzadores y actividades incompatibles con el consumo de cocaína más importantes en este caso fueron su trabajo (ampliar el negocio), su esposa (mejora de la relación y obtención de mayor gratificación y vida más familiar), sus hijos (dedicarles más tiempo) y salir a cenar con su esposa y otros amigos y no sin ella como hacía antes. Se comprobó la abstinencia de la cocaína con urinoanálisis. En el seguimiento de 6 meses mantenía la abstinencia y las ganancias del tratamiento. Había tenido dos recaídas puntuales a lo largo de ese período temporal porque le habían ofrecido cocaína personas que conocía. Se veía otra persona y había mejorado tanto a nivel físico como psicológico.

TABLA 20.10

Objetivos de la intervención y técnicas utilizadas para cada objetivo

Objetivos	Técnicas
Reconocimiento del problema, incremento de su motivación y hacerle ver que es resoluble.	Entrevista motivacional, TSP.
Dejar de consumir cocaína: deshabituación psicológica.	Control de estímulos, manejo del síndrome de abstinencia, organización del tiempo libre, búsqueda de actividades reforzantes incompatibles con el consumo de cocaína, rechazo de ofrecimientos de cocaína, planificación de objetivos y metas, manejo del bajo estado de ánimo, terapia cognitiva, TSP.
Manejo del *craving* (urgencias).	Distracción, búsqueda de apoyo social, afrontar y superar las urgencias, recordar las consecuencias negativas del consumo, hablarse a sí mismo, desafiar los pensamientos relacionados con la cocaína y su consumo.
Prevención de la recaída.	Rechazo de ofrecimientos de cocaína, autoinstrucciones, afrontamiento de las urgencias, TSP.
Manejo de los problemas de pareja.	TSP.
Manejo de los problemas con sus hijos.	TSP.
Cambio hacia un estilo de vida saludable.	Adquisición de un estilo de vida incompatible con el consumo de drogas, TSP, planificación de objetivos y metas, incremento de actividades reforzantes a medio y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Becoña, E. (1993). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* pp. 710-743. Madrid: Pirámide.

En este capítulo se exponen las distintas terapias de solución de problemas: la terapia de solución de problemas sociales de D'Zurilla y Goldfried, la ciencia personal de Mahoney y la terapia de solución de problemas interpersonal de Spivack y Shure, dedicándose la mayor parte de él a la primera.

Chang, E. C., D'Zurilla, T. J. y Sanna, L. J. (eds.) (2004). *Social problem solving: Theory, research and training.* Washington, DC: American Psychological Association.

En este manual se revisan los aspectos más importantes de la terapia de solución de problemas por los autores que la han creado y por otros que han hecho con ella investigaciones o aplicaciones a distintos trastornos.

D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ésta es la traducción castellana del primer manual escrito monográficamente por D'Zurilla sobre solución de problemas. En él presenta el marco conceptual

de la solución de problemas, sus pasos y sus principales aplicaciones.

D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2007). *Problem solving therapy. A positive approach to clinical intervention,* 3.ª ed. Nueva York: Springer Publishing.

En esta tercera edición del manual dedicado a la terapia de solución de problemas D'Zurilla y Nezu presentan los aspectos teóricos y prácticos para llevarla a cabo junto a una exhaustiva revisión de sus distintas aplicaciones clínicas.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Uno de los objetivos de la terapia de solución de problemas es:

   a) Reducir la ansiedad del individuo.
   b) Saber reconocer los problemas.
   c) Mejorar la competencia social.

2. Una respuesta de afrontamiento dirigida a alterar la naturaleza del problema, las reacciones emocionales negativas que produce o ambas es la definición de:

   a) Problema.
   b) Solución.
   c) Alternativas.

3. Al estilo adaptativo de solución de problemas también se le conoce por el nombre de estilo de solución de problemas:

   a) Impulsivo.
   b) Evitativo.
   c) Racional.
   d) Etnocéntrico.

4. El primer elemento que debemos superar para lograr una adecuada solución de problemas es:

   a) Tener una adecuada orientación hacia el problema.
   b) Definir adecuadamente el problema.
   c) Generar el número máximo de alternativas.

5. Fomentar las creencias de autoeficacia tiene su máxima relevancia en la fase de:

   a) Orientación hacia el problema.
   b) Generación de soluciones alternativas.
   c) Toma de decisiones.

6. Establecer una meta realista de solución de problemas se debe hacer en la fase de:

   a) Puesta en práctica de la solución.
   b) Toma de decisiones.
   c) Mantenimiento.

7. Cuando lo que pretendemos es que se produzcan el mayor número de soluciones alternativas, estamos aplicando:

   a) El principio de la cantidad.
   b) El principio de la convención.
   c) El principio de la variedad.

8. Evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática se lleva a cabo en la fase de:

   a) Definición y formulación del problema.
   b) Generación de soluciones alternativas.
   c) Toma de decisiones.

9. En la puesta en práctica y verificación de la solución:

   a) Se selecciona la mejor alternativa de entre las que tenemos.

b) Analizamos los pros de la mejor solución.
c) Evaluamos el resultado de la solución y verificamos la efectividad de la estrategia de la solución elegida en la situación problemática de la vida real.

10. Aunque la terapia de solución de problemas se ha aplicado a distintos trastornos, la más relevante ha sido la del tratamiento de:

a) Los trastornos de ansiedad.
b) La depresión.
c) Los problemas de estrés.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	c	a	a	c	a	c	c	b

21 Establecimiento de objetivos, planificación de actividades y administración de tiempo

AURORA GAVINO

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo versa sobre tres procedimientos frecuentemente utilizados en psicología aplicada: el establecimiento de objetivos, la planificación de actividades y la administración del tiempo.

La psicología aplicada, en cualquiera de sus ramas, ha recogido en sus principios teóricos y prácticos la necesidad de marcar objetivos que permitan tener información clara de los resultados que se pretende conseguir. Para alcanzar esos objetivos se han desarrollado técnicas y estrategias que comprenden, ya sea de manera implícita o explícita, el uso de actividades en diferentes momentos de la vida cotidiana de la persona sobre la que se interviene. Así, por ejemplo, cuando un psicólogo clínico está tratando a una persona por un trastorno obsesivo-compulsivo, uno de sus objetivos es introducir en su vida actividades que le permitan ir incorporándose a su entorno. Paciente y terapeuta establecen qué momentos del día y durante cuánto tiempo es adecuado realizar dichas actividades.

Sin embargo, en este capítulo, el establecimiento de objetivos, la planificación de actividades y la administración del tiempo no se contemplan como parte de una técnica ni como planteamiento general de cualquier intervención del psicólogo. Se pretende enfocar los objetivos como procedimientos en sí mismos que suponen una puesta en marcha concreta y una atención por parte del profesional tan relevante como cualquier otra.

No se trata, pues, de los objetivos que todo tratamiento psicológico debe marcarse, o que toda intervención psicológica del ámbito escolar, empresarial o clínico deba contemplar en su puesta en marcha. *Se trata*, más bien, de enseñar a las personas a generar objetivos que les ayuden a mejorar su vida en los distintos ámbitos que la componen. *Se trata* de instruir a las personas en la elaboración de metas a medio y a largo plazo que les permitan saber qué han de hacer para conseguir aquello que desean. Y también *se trata* de ampliar las miras de actuación más allá del «aquí y ahora».

Por otro lado, la programación de actividades ha formado parte de muchas de las técnicas clínicas en psicología. Sin embargo, aquí toma entidad propia porque se plantea como un procedimiento en sí, con un objetivo concreto y con un contenido propio y elaborado. Establecer actividades determinadas y ver la forma de llevarlas a cabo permite dar un sentido al tiempo de la persona, lo cual, en muchas ocasiones, es la clave para resolver problemas psicopatológicos y psicológicos en general. En este capítulo se presentan los aspectos relevantes que hay que tener en cuenta para que la programación de actividades funcione.

Finalmente, la administración del tiempo se presenta como un medio para mejorar el rendimiento personal en las distintas facetas de la vida: la escolar, la laboral, la familiar y la social. Posiblemente, de los tres procedimientos que aquí se comentan, es el que más páginas ha generado, ya que en la psicología organizacional ha tenido y sigue teniendo un

gran protagonismo, y es donde más se ha utilizado con entidad propia.

A lo largo de este capítulo se verá con cierto detenimiento cada uno de estos tres procedimientos, el establecimiento de objetivos, la planificación de actividades y la administración del tiempo. Se hará hincapié en cómo aplicarlos y qué variables hay que tener en cuenta.

2. REFERENCIAS TEÓRICAS

El ámbito de la empresa ha sido pionera en desarrollar procedimientos de establecimiento de objetivos. Ya en 1954 Peter Drucker con su famosa obra *The Practice of Management* hizo hincapié en su importancia. A lo largo de los años se ha convertido en un modelo de gerencia o *management.* De hecho, su relevancia ha llegado a ser tal que incluso existe una revista especializada: *Quarterly Journal of Management by Objetives.*

En psicología clínica, posiblemente ha sido Beck el autor que ha presentado el guión de las terapias psicológicas con mayor precisión. El mérito quizá hay que atribuirlo a su forma de exponer la estructura terapéutica a lo largo de las sesiones.

Efectivamente, ya en los años setenta, cuando Beck y sus colaboradores (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983) publicaron el libro de terapia cognitiva para la depresión, aparecía la famosa *agenda* en la que se establecía el orden y el contenido de cada sesión. Además, desarrolló con precisión cada uno de los apartados, explicando en qué consistían y el motivo por el que se incluían. En ellos aparecen las tareas realizadas por el paciente entre una sesión y otra, los objetivos a cumplir a lo largo de la sesión, las estrategias y técnicas a utilizar para ellos, la planificación de nuevas actividades y del tiempo del paciente entre sesión y sesión.

Posiblemente, cuando los psicoterapeutas experimentados leyeron su obra consideraron de sentido común lo que proponía. Podía parecer evidente que las sesiones debían llevar una estructura ordenada. Sin embargo, fue necesario que se publicara y se especificara para que lo obvio apareciera como un sistema de intervención que se convertiría con el tiempo en la base para comprobar la eficacia de los tratamientos psicológicos. Permitió la *manualización* y con ello una posibilidad de comparar los tratamientos.

Su manual fue, y todavía sigue siendo, para muchos terapeutas una guía de tratamiento. Y su planteamiento en el enfoque de los tratamientos psicológicos sigue manteniéndose a lo largo de los años (Scott, Williams y Beck, 2007).

Sin embargo, no sólo ha sido Beck, ni la terapia cognitiva, los que han tenido en cuenta estas variables. Desde los comienzos de la terapia de conducta, cada técnica que se iba desarrollando incluía la necesidad de establecer objetivos terapéuticos concretos y claros, tanto a corto como a medio y a largo plazos. Lo mismo se puede decir de la importancia que se le daba a la planificación de actividades por parte del paciente, tanto las que se referían a la práctica de la propia técnica aprendida en la sesión como las que se referían a actividades cotidianas que la persona había abandonado o nunca había realizado debido a su problema. Recordemos, por ejemplo, la prevención de respuesta, la técnica de exposición, la desensibilización sistemática (Gavino et al., 2002: Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993) o cualquier otra que aparece en este manual.

Así pues, el establecimiento de objetivos y la planificación de actividades han formado parte desde el principio de las terapias conductuales y cognitivas, que, por otro lado, han demostrado su eficacia en un número importante de trastornos psicológicos (Chambless y Hollon, 1998; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Psicothema, 2001[1]; Pérez et al., 2003).

Por otra parte, para poner en marcha objetivos, técnicas y actividades, es necesario que se administre el tiempo. En tres aspectos: en la propia sesión, en la terapia en su totalidad y en la vida cotidiana de la persona que se está tratando (Gavino, 2004). Así

[1] La revista *Psicothema* publicó un número especial en el que diferentes autores recogían toda la información sobre las terapias eficaces. *Psicothema,* n.° 3, vol. 13, 2001.

pues, en la psicología clínica el procedimiento de la administración del tiempo es relevante.

La psicología organizacional desde sus comienzos ha dedicado una gran parte de sus estudios a desarrollar estrategias y técnicas que permitan un buen uso del tiempo tanto en el ámbito laboral como en el particular del individuo, ya que ambos son requisito imprescindible para una buena eficacia en el trabajo y, en consecuencia, una buena productividad.

También la psicología del deporte ha señalado la importancia de esta variable para un buen rendimiento deportivo (Balaguer y Castillo, 1994; Locke y Latham, 1985).

La psicología escolar pronto descubrió que la administración del tiempo en la dedicación al estudio era una parte fundamental en la intervención escolar (Trianes, Muñoz y Jiménez, 1997, 2007).

Así pues, el uso del tiempo y su distribución en las diferentes actividades y tareas diarias han sido y son motivo de estudio, de aplicación y de manejo en los distintos ámbitos de la psicología aplicada.

3. PROCEDIMIENTO DE ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Los objetivos son aquello que se pretende conseguir. En el trabajo, en la escuela, en las actividades de ocio y en general en la vida cotidiana, las personas se fijan objetivos. Por otra parte, en todas las áreas de la aplicación de la psicología el establecimiento de objetivos es un apartado imprescindible para la intervención psicológica.

Cuando hablamos de objetivos, generalmente nos referimos a los objetivos finales, es decir, a aquellos que el individuo quiere alcanzar como meta final. Sin embargo, es importante señalar que para conseguir éstos, la mayor parte de las veces se requiere hacer uso de objetivos intermediarios, ya que sin ellos los objetivos finales no se podrían lograr (Gavino, 2002, 2004). Veamos esto más detenidamente.

3.1. Tipos de objetivos

En principio, los objetivos finales son los que la persona quiere conseguir como meta última. No obstante, alcanzarlos sólo es posible si previamente ha realizado una serie de pasos que le permiten tener todos los recursos y alternativas necesarios para llegar al objetivo final.

Existen dos tipos de objetivos:

1. **Objetivos finales:** son los objetivos que se establecen porque la persona desea conseguirlos y por los que realiza una serie de acciones que le permiten alcanzarlos.
2. **Objetivos intermediarios:** son aquellos que se plantean para poder conseguir el objetivo final pero que si no fuera porque existe éste último en muchas ocasiones no se programarían. A su vez pueden ser inmediatos y a medio plazo:

   — **Inmediatos:** son aquellos que se consiguen en el presente.
   — **A medio plazo:** son los que se alcanzan en un corto período de tiempo. Es decir, en un futuro próximo.

En ocasiones, un objetivo final requiere tanto de los inmediatos como de los de a medio plazo y en otras ocasiones únicamente de uno de ellos (véase la figura 21.2 en páginas posteriores).

La forma de plantear los objetivos en general es del final hacia atrás. Así, la persona establece el objetivo final y cuando lo tiene bien determinado se programa qué objetivos ha de plantearse previamente para llegar a él. Está trazando en ese momento los objetivos intermediarios. Por ejemplo, un objetivo final puede ser tener vida social, y un objetivo intermediario puede ser realizar actividades sociales, ya que éstas permiten lograr el objetivo final, en este caso la vida social.

Es cierto, como se ha dicho más arriba, que a veces los objetivos inmediatos consiguen por sí mismos generar las bases para lograr el objetivo final. Así pues, en estos casos no hace falta ningún objetivo a medio plazo. En un caso o en otro, lo cierto es que para plantearse metas últimas y alcanzarlas con éxito es necesario que esté muy bien diseñado cada uno de los pasos que permiten llegar a ellas. La tabla 21.1 presenta los diferentes objetivos y cómo exponerlos con el fin de que la persona sepa

TABLA 21.1

Tipos de objetivos. Definición de cada uno de ellos

Objetivo final	Objetivos intermediarios	Objetivos a medio plazo	Objetivos inmediatos
Tener una vida social activa que le permita divertirse.	Hacer amigos.	Estar en forma física. Aprender idiomas. Aprender informática. Aprender a bailar. Conocer gente.	Apuntarse a actividades colectivas: — Gimnasio. — Academia de idiomas. — Curso de informática. — Academia de baile. — Etc.

en todo momento qué ha de hacer, por qué y adónde le conduce cada uno de los objetivos establecidos. En la primera fila se pone un ejemplo para que el lector vea cómo hacerlo.

3.2. Errores en la elaboración de objetivos

Plantearse los objetivos intermediarios no es tarea sencilla, ya que es fácil cometer algunos errores que dificultan llegar al objetivo final. Estos errores son de dos clases: por defecto y por exceso.

Errores por defecto: consisten en establecer menos objetivos intermediarios de los que hacen falta para conseguir el objetivo final.

Errores por exceso: se trata de poner más objetivos intermediarios de los que se requieren para llegar al objetivo final.

Ambos convierten en difícil, cuando no imposible, conseguir la meta definitiva por la que se han establecido.

Para no cometer estos errores es necesario ser muy meticulosos en su elección. Una manera de estar pendientes y evitarlos sería contestando a preguntas tales como: De las cosas que son necesarias para conseguir el objetivo final, ¿qué me aporta este objetivo intermediario? Si consigo todos estos objetivos intermediarios, ¿llego al objetivo final? La figura 21.1 muestra estos errores y las preguntas básicas que ayudan a subsanarlos.

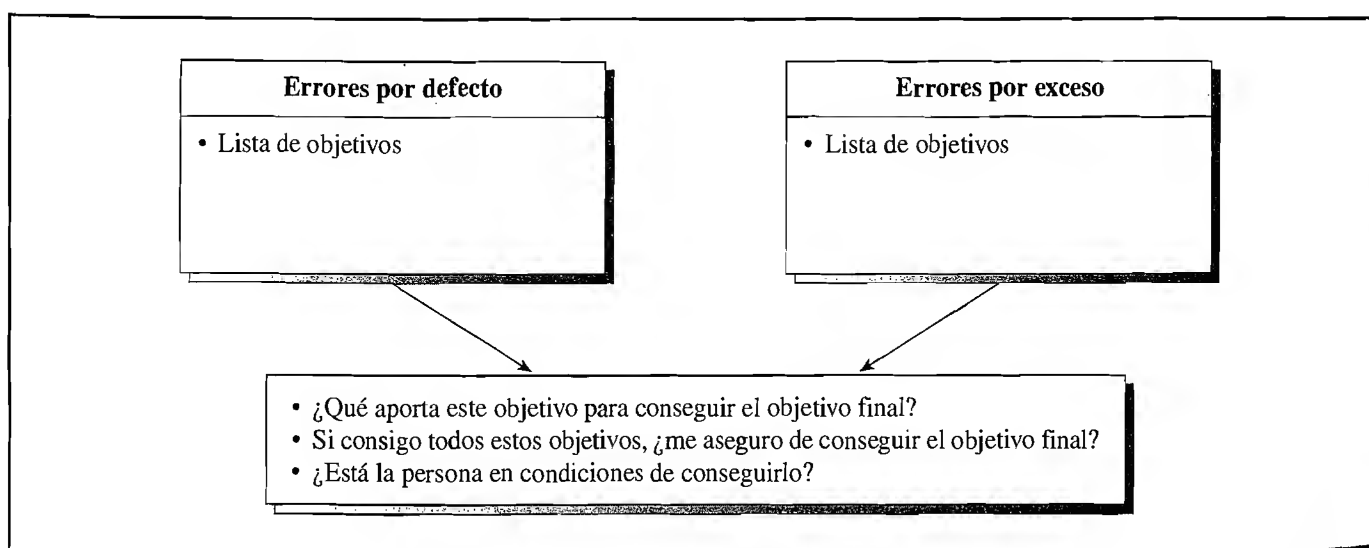


Figura 21.1.

Hasta aquí se ha podido ver que el establecimiento de objetivos precisa de un trabajo importante y minucioso si se quiere llegar a buen término. Por ello, hay que tener claro que a la persona le vale la pena el esfuerzo. Es decir, que para establecer objetivos es necesario que esté motivada y encuentre sentido a su planteamiento. En una palabra, que halle más ventajas que inconvenientes en su establecimiento. Una forma de aclarar este punto es elaborando una lista de ventajas y de inconvenientes y ver si le vale la pena. La tabla 21.2 es un ejemplo de cómo hacer esta lista. El objetivo final es el mismo que el expuesto en la tabla 21.1, es decir, tener una vida social activa que le permita divertirse y disfrutar además de trabajar.

Sin embargo, el establecimiento de objetivos perdería todo valor si no se tuvieran en cuenta una serie de requisitos imprescindibles para la formulación de objetivos y para su consecución.

3.3. Requisitos de los objetivos

Los objetivos intermediarios deben cumplir una serie de criterios que permitan su consecución. Esto es, los objetivos intermediarios deben ser: claros, operativos, flexibles, posibles y estimulantes.

La figura 21.2 recoge los tipos de objetivos y los requisitos que implican.

TABLA 21.2

Establecimiento de objetivos: ventajas y desventajas

Ventajas	Desventajas
— Divertirse. — Conocer gente. — Conocer sitios nuevos. — Olvidar el trabajo. — Mejorar el estado de ánimo. — Hacer amigos. — No quedarse en casa. — Evadirse de problemas por un tiempo.	— Tener que salir cuando apetece quedarse en casa. — Emplear mucho tiempo para conseguir algo. — Pasarlo mal porque no se conoce a nadie.

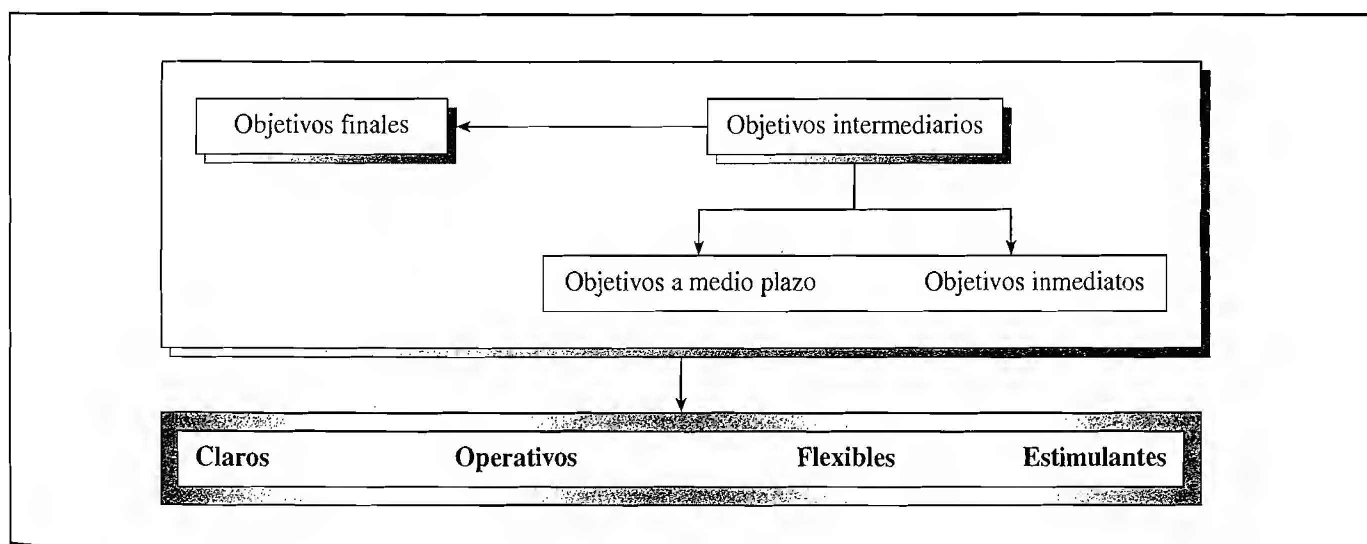


Figura 21.2.

Veamos ahora, uno por uno cada requisito:

Objetivos *claros:* la persona debe especificar qué pretende conseguir y definir el objetivo que hará posible dicha meta. La definición tiene que entenderse sin problemas y ha de comprender exactamente lo que se pretende conseguir.

Objetivos *operativos:* quien se plantea objetivos ha de saber en todo momento qué pasos se requieren para conseguirlos. Así pues, la propia definición del objetivo ha de incluir la forma de obtenerlo.

Objetivos *flexibles:* a veces, el objetivo intermediario planteado es excesivamente rígido y dificulta su consecución, ya que no permite alternativas o variaciones que se adapten al momento, al lugar o a la situación particular en la que se encuentra la persona. Así pues, la flexibilidad es un requisito imprescindible en el establecimiento de objetivos si se quiere tener éxito en el resultado. Una manera de conseguir esa flexibilidad puede ser ideando otros objetivos intermediarios alternativos, de tal forma que sea viable, cuando alguno de ellos se hace imposible, tratar de obtener algunas de sus alternativas.

Objetivos *posibles:* con cierta frecuencia los objetivos que se plantean son excesivamente ambiciosos, difíciles o sencillamente irreales para la situación en la que se encuentra la persona en ese momento. De ser así, el fracaso está asegurado y con ello su abandono. En todo momento se tiene que tener claro que los objetivos son asequibles para la persona y que puede conseguirlos con un esfuerzo que está dentro de sus posibilidades y de su nivel de motivación presente. Un objetivo puede ser asequible para una persona, pero no para otra, por muchos motivos: las habilidades que se requieren no están en su repertorio, los medios que precisa no se encuentran al alcance de esa persona o el entorno no favorece su consecución.

Objetivos *estimulantes:* de nada sirve que se cumpla todo lo anterior si los objetivos planteados no interesan a la persona que los va a poner en práctica. Por ello, un requisito imprescindible es que tengan sentido para quien va a esforzarse en conseguirlos. Los motivos del interés pueden ser varios: alcanzar algo que se desea, conservarlo si ya se tiene, evitar aquello que se vive como negativo, desagradable o indeseado.

La tabla 21.3 permite asegurarse de que los objetivos cumplan estos requisitos. El mismo ejemplo que el utilizado anteriormente sirve aquí.

De todas formas, y con el fin de que se vea en su conjunto, la tabla 21.4 incluye los tipos de objetivos distintos y los requisitos que han de cumplir, así como la definición específica de cada uno de ellos. Su contenido recogería lo expuesto en los cuadros anteriores pero con la ventaja de hacerlo sólo en uno y tener una visión de conjunto que facilita la tarea.

Es preciso matizar que estos requisitos se adaptan a la persona, a su momento y a su situación particular. Es decir, se trata de un trabajo de elaboración, precisión y ajuste a las características de la persona, a su entorno y a sus circunstancias.

3.4. Uso del procedimiento de establecimiento de objetivos

Hasta aquí se han expuesto los tipos de objetivos y los requisitos que deben cumplir. Ahora falta responder a una pregunta fundamental: ¿para qué?

TABLA 21.3

Requisitos de los objetivos

Objetivo	Claro	Operativo	Flexible	Estimulante
	Definición:	**Pasos:**	**Posibilidades:**	**Motivos para realizarlo:**
Tener una vida social activa que le permita divertirse.	Salir los fines de semana y pasarlo bien.	Apuntarse a diferentes actividades de grupo (véase la tabla 21.1).	Dispone de tiempo cada día para realizar las actividades.	Deseo de tener amigos y de salir y divertirse.

TABLA 21.4

Tipos de objetivos y requisitos necesarios que han de cumplir

	Objetivo final	**Objetivos intermediarios**		
		Inmediatos	**A medio plazo**	
Definición:				
Requisitos:				
a) Claro:				
b) Operativo: 1. 2. 3. ...				
c) Flexible. Posibilidades: 1. 2. 3. ...				
d) Estimulante. Razones: 1. 2. 3. ...				

Ya se ha comentado en apartados anteriores que los objetivos cumplen su cometido en toda intervención psicológica, sea en el área que sea. El psicólogo se propone conseguir unas metas de acuerdo con los datos que ha obtenido en la evaluación previa. Es obvio. Pero también se ha aclarado que el establecimiento de objetivos se utiliza como un procedimiento para alcanzar, a su vez, determinados objetivos establecidos con anterioridad.

En múltiples situaciones las personas tienen problemas que les impiden funcionar de manera satisfactoria. Cuando el psicólogo explora los motivos, halla con frecuencia que el núcleo del problema radica en la falta de objetivos o en la poca especificidad de éstos. Así, en el trabajo la persona dedica muchas horas a su actividad laboral y sin embargo es escasamente efectiva, rinde poco o sencillamente no encuentra sentido a lo que hace porque lo considera rutinario, sin interés o sin límites. En esas circunstancias, su reacción es un estado elevado de ansiedad, un estado de ánimo bajo o una apatía que se va generalizando y llega a afectarle en las distintas facetas de su vida.

En otras ocasiones, la falta de establecimientos de objetivos lleva a una difícil relación de los padres con los hijos, generando comportamientos disfuncionales en estos últimos, ya que las decisiones parentales se viven como azarosas o sin sentido.

También ocurre en el ámbito personal. La falta de objetivos claros sobre qué hacer en las vacacio-

nes, qué plantearse en el tiempo de ocio o, más grave, qué hacer en el día a día y sobre todo para qué puede llevar a desencadenar alteraciones psicopatológicas que requieren la ayuda del psicólogo clínico.

Por tanto, este procedimiento forma parte de la práctica común de los profesionales de la psicología. Su aplicación requiere ser muy minucioso con los objetivos que se establecen y tener en cuenta todos los problemas que conlleva un objetivo mal diseñado. De ahí que sea importante tener en cuenta los apartados anteriores, ya que facilitan el buen establecimiento de objetivos.

4. PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

La planificación de actividades forma parte de una gran variedad de técnicas y estrategias psicológicas. Su uso es diverso dependiendo de los objetivos que se pretenda conseguir. Veamos.

4.1. Necesidad de utilizar la planificación de actividades

Este procedimiento puede utilizarse:

Como parte de una estrategia de intervención psicológica. Por ejemplo, la prevención de respuesta, la solución de problemas, la economía de fichas o la terapia cognitiva para la depresión. El psicólogo planifica, conjuntamente con la persona a la que trata, una serie de actividades para permitirle retomar la vida cotidiana, disminuir la ansiedad o los pensamientos depresivos, por ejemplo.

Como procedimiento en sí mismo. La persona precisa de una planificación de diversas actividades por alguna de las siguientes razones:

Déficit de actividades: su vida cotidiana se ve dañada por las escasas actividades que realiza.

Exceso de actividades: el cúmulo de actividades lleva al individuo a un estado emocional inestable y a un ritmo de vida problemático para compaginarlo con su entorno.

Desorganización de las actividades: la escasa o nula planificación de las actividades hace que su ejecución sea poco operativa. Es decir, no consigue finalizarlas o bien no las realiza de manera adecuada.

Así pues, la planificación de actividades se puede realizar como parte de una intervención psicológica o como objetivo de ella. En cualquiera de los casos, su uso requiere una serie de pasos, siendo necesario, además, tener en cuenta varios factores que pueden dificultar su aplicación con éxito.

4.2. Tipos de actividades

Las actividades pueden ser necesarias u obligatorias y optativas o electivas.

Actividades obligatorias: son aquellas que realiza la persona porque no tiene otra opción. Pueden ser, por ejemplo, las propias de un trabajo. La labor de un maestro consiste en dar clases a los estudiantes. Está obligado, pues, a impartir docencia.

Actividades optativas: son aquellas que la persona puede decidir hacer o no. En el ejemplo anterior, el maestro puede elegir si quiere realizar actividades extraescolares con sus alumnos o no.

Tanto unas como otras pueden ser a su vez urgentes o inaplazables y no urgentes.

Inaplazables: la realización de la actividad ha de ser inmediata. Un ejemplo podría ser asistir a clase cada día en el horario establecido.

No urgentes: la puesta en marcha de la actividad puede hacerse con tiempo, ya que no depende de un momento concreto. Un ejemplo sería programar una excursión con los alumnos.

Por otra parte, las actividades en general, es decir, obligatorias u optativas, urgentes o no urgentes, pueden a su vez ser placenteras, neutras o desagradables.

Placenteras: son aquellas que resultan agradables a la persona. Siguiendo con el ejemplo anterior,

podemos encontrarnos con una persona a la que le encanta la docencia y disfruta impartiendo clases. Así pues, aunque es obligatorio enseñar, no le supone ningún problema porque le gusta. Y lo mismo puede ocurrir con las optativas. Las actividades que realiza con sus alumnos las hace porque quiere, ya que disfruta con ello.

Desagradables: son aquellas que la persona realiza a pesar de que no le gustan. En el mismo ejemplo del docente, también puede ocurrir que la persona que imparte clase lo haga porque en su momento lo consideró un buen trabajo a pesar de que nunca le gustó la docencia. Su día a día laboral no le es agradable, más bien una obligación que tiene que aceptar irremediablemente porque es *intrínseco* a su trabajo. Y lo mismo ocurre con las actividades optativas que realiza: podría haberlas eludido pero, por ejemplo, a pesar de no gustarle, las realiza por si en un futuro le suponen puntos para cambiar de centro.

Neutras: se trata de actividades que no producen ninguna satisfacción o desagrado. Se realizan porque forman parte de la vida diaria de la persona, bien porque acompañan a otras, bien porque están integradas sin más en el día a día. En el ejemplo que estamos siguiendo podría ser la vigilancia de los recreos en el colegio.

A todo lo anterior hay que añadir todavía otra división. Las actividades individuales y las colectivas.

Individuales: son aquellas cuya realización depende sólo de la persona. Por ejemplo, el maestro explica un tema a sus alumnos de acuerdo con sus propios criterios.

Colectivas: son las actividades que precisan de otros para su ejecución. El maestro se pone de acuerdo con sus compañeros para que el examen sea igual para todos los grupos de alumnos del mismo curso.

Tanto unas como otras pueden ser a su vez:

Flexibles: el contenido de las actividades permite realizarlas de varias formas. En el caso que nos ocupa, el docente explica un tema de la asignatura con sus propias palabras y con ejemplos diversos.

Rígidas: las actividades sólo se pueden realizar de una manera concreta. Por ejemplo, la reunión de profesores en el claustro siempre empieza con la lectura del acta anterior.

La figura 21.3 muestra todos estos tipos de actividades.

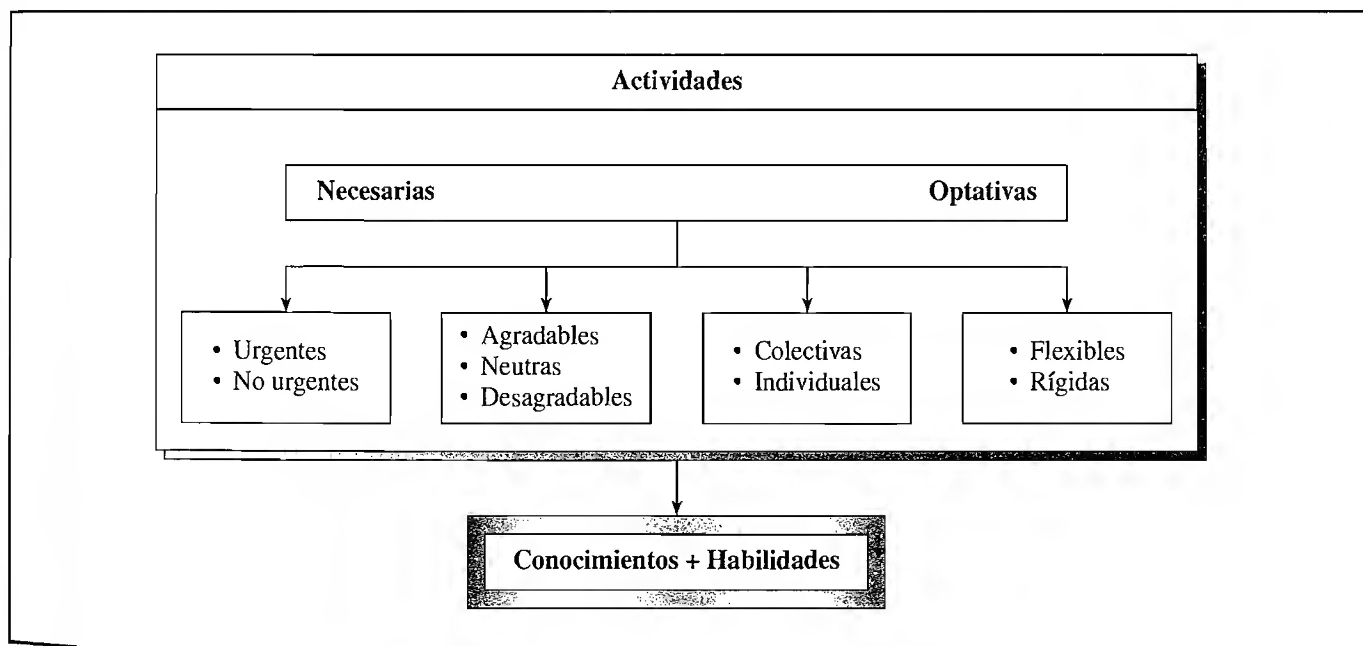


Figura 21.3.

Por último, es preciso recordar que las actividades que una persona lleva a cabo pueden tener diferentes grados de dificultad. Esto hace que la actividad se considere sencilla, algo complicada o difícil. El motivo que lleva a una o a otra consideración por parte de la persona que la efectúa se debe en gran parte a los conocimientos y habilidades que posee. El docente debe saber muy bien el tema que va a explicar y precisa habilidades de comunicación para que los alumnos lo entiendan. En el caso de que uno u otro requisito fallen, la actividad no se podrá realizar adecuadamente.

Así pues, el psicólogo que utiliza el procedimiento de la programación de actividades ha de tener en cuenta todo lo explicado hasta aquí con el fin de que le sea factible conseguir los objetivos que se ha marcado.

El psicólogo de deporte, el escolar, el organizacional o el clínico han de atender a todas estas variables aquí expuestas cuando intervienen. Y tenerlas en cuenta significa conocer bien a la persona o al grupo con el que van a trabajar y que es quien las va a realizar.

4.3. Uso del procedimiento de programación de actividades

La programación de actividades forma parte de una gran variedad de estrategias y técnicas psicológicas, como ya se ha comentado al principio de este capítulo.

Sin embargo, aquí se ha planteado desde la perspectiva de su uso específico, como procedimiento necesario que utiliza el psicólogo para conseguir determinados objetivos en la persona o en el colectivo (si se trata de intervención sobre grupos o equipos) con el que se está interviniendo.

De nuevo se podría plantear la pregunta ¿para qué? Es decir, ¿para qué tener en cuenta todas las variaciones de actividades que se comentan aquí?

La respuesta es evidente. La programación de actividades es un procedimiento que se usa con el fin de resolver problemas que se tienen y no se sabe a qué se deben. La evaluación psicológica ha señalado al psicólogo la dispersión de las actividades diarias de la persona (o del grupo en su caso) en cuestión, la falta de ellas o, por el contrario, su exceso. Un estudio exhaustivo le ha mostrado que una buena organización, una planificación que contemple las distintas actividades que realiza de acuerdo con los distintos tipos aquí señalados y la generación de otros acordes con la clase de vida que tiene la persona permitirán a ésta vivir mejor, disfrutar más y acabar con los síntomas de ansiedad, de depresión o de cualquier otra manifestación psicológica que interfería en su día a día, así como mejor su rendimiento laboral y su satisfacción general.

La programación de actividades se convierte, en ocasiones, en el único medio necesario para intervenir por parte de los psicólogos clínicos. Su importancia ya se intuía cuando se elaboraban las técnicas que la incluyen. Actualmente su aplicación es cotidiana en el trabajo de los psicoterapeutas.

Lo mismo se puede decir de otros profesionales. Los psicólogos escolares saben el valor de este procedimiento cuando enseñan técnicas de estudio a los niños o cuando corrigen conductas disruptivas, por poner algunos ejemplos.

5. LA ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

Sólo de vez en cuando, muy de vez en cuando, somos conscientes del paso del tiempo y reflexionamos sobre lo que hemos hecho, lo que podríamos haber hecho y, en definitiva, sobre el tiempo que desperdiciamos o el poco valor que le damos.

«Tiempo presente y tiempo pasado / se hallan quizá presentes en el tiempo futuro / y el tiempo futuro dentro del tiempo pasado», nos dice T. S. Eliot[2] en su reflexión sobre el tiempo y nuestro hacer en él.

Y aunque la mayoría de las personas posiblemente estaríamos de acuerdo con Eliot, todos, en nuestro vivir cotidiano, seguimos con nuestras costumbres, con nuestras actividades y con nuestro modo de organizarnos, sin plantearnos que una bue-

[2] *Cuatro cuartetos*, T. S. Eliot.

na administración del tiempo nos hace más eficaces y nos aporta más satisfacción en ese *transcurrir cotidiano*.

El día a día de cada uno de nosotros puede resultar cómodo, agradable o satisfactorio o, por el contrario, vivirlo con resignación, ansiedad e infelicidad, dependiendo de cómo distribuimos el tiempo.

Las múltiples tareas que pueblan los días de las personas, así como los espacios «vacíos» de actividades, se convierten con frecuencia en cargas que se soportan y que suponen estrés y malestar, no tanto por su contenido como por el tiempo que se les dedica y por los momentos de dichos tiempos.

Saber cuánto hay que dedicar a una actividad y cuándo es el mejor momento es aconsejable si se quiere disfrutar del día a día.

Los psicólogos infantiles conocen muy bien la importancia de la distribución del tiempo cuando enseñan técnicas de estudio. Los niños aprenden que no se trata de estar horas y horas delante de los libros, que con mucho menos tiempo pueden aprender mejor, y que planificar el tiempo les permite usar el resto para actividades de distracción que les resultan gratificantes.

Los psicólogos clínicos también recogen este procedimiento en muchas de sus intervenciones. Por ejemplo, en las terapias de pareja, en las que una de las recriminaciones más frecuentes es el «poco tiempo» que se dedican el uno al otro, siempre con la muletilla por parte de uno de ellos de que el trabajo y las múltiples obligaciones no le permiten tener lo que su pareja le exige.

En el ámbito de la empresa cada vez se valoran más los resultados conseguidos que el número de horas trabajado.

Así pues, la administración del tiempo se ha convertido en un requisito importante para poder aprovechar el día, tanto en aquello que supone obligación como en aquello otro que es ocio y relajación.

Saber distribuirlo, combinarlo y seleccionarlo es imprescindible en la actualidad.

5.1. Condiciones en la administración del tiempo

Cuando se fragmenta el tiempo en parcelas delimitadas, es necesario tener en cuenta que ha de ser realista, proporcionado y bien distribuido. La figura 21.4 muestra estas condiciones y aporta algunas preguntas que permiten asegurarse que se cumplen.

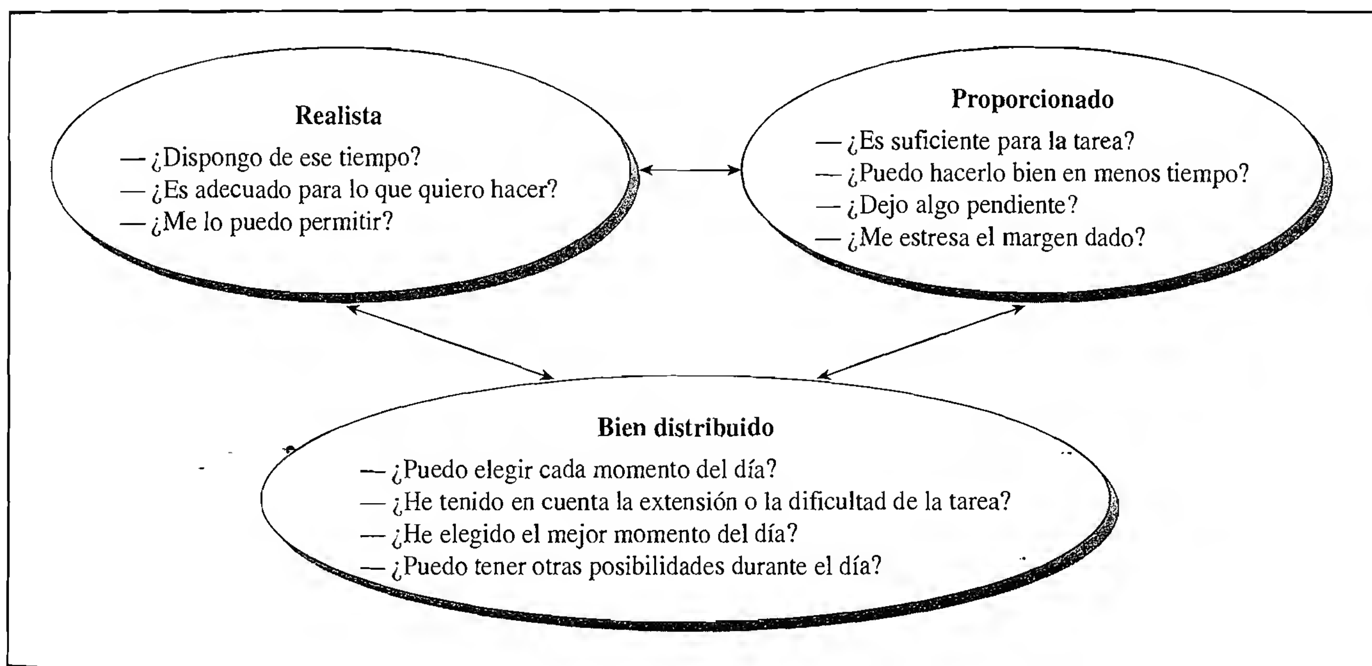


Figura 21.4.—El tiempo.

Realista: el tiempo que se utiliza para una actividad, sea ésta del tipo que sea, ha de corresponderse con la mayor o menor dificultad de ésta, así como con el grado de satisfacción que tiene la persona al realizarla.

Proporcionada: en ocasiones, el reparto del tiempo no es acorde con las necesidades del momento o con las posibilidades de que la persona dispone.

Bien distribuido: una queja frecuente es que no hay tiempo para uno mismo, para la familia o para los amigos. El tiempo de ocio se consigue a base de mucha dificultad y esfuerzo. A veces, a costa del sueño o del descanso. Saber distribuirlo de la forma adecuada permite aprovecharlo mejor sin efectos colaterales tan frecuentes como son el cansancio, la ansiedad o el estrés.

Por otra parte, el tiempo se puede dedicar a acciones establecidas previamente o a otras que surgen en el momento y que se pueden realizar porque existía ese espacio de *tiempo libre*.

En general, cuando se habla de la administración del tiempo, se hace referencia a las actividades que lo ocupan. Éstas pueden ser de varias clases, como ya se ha señalado más arriba. Ese tiempo tiene que ser acorde con aquello en lo que se va a ocupar. Así pues, la actividad es la que señala el período de tiempo que se requiere.

Sin embargo, a veces, la persona precisa de *momentos* en los que no haya nada previsto. Es decir, un tiempo libre. A su vez, éste puede servir para realizar actividades que surgen o que se deciden hacer en ese instante, bien porque ha aparecido algo que obliga a ello, o simplemente porque le apetece a la persona en ese momento. Pero también puede suceder que ese tiempo se utilice *para no hacer nada*. Y eso significa que no hay nada concreto que lo ocupe, la persona está inmersa en sus pensamientos, medio dormida en el sofá o cualquier otra cosa que no es estar activa.

Ambas formas de ocupar el tiempo son adecuadas si se tienen en cuenta las condiciones antes señaladas. Lo importante aquí es que la distribución del tiempo permita cumplir los deseos de la persona, combinando actividades de diferentes tipos con períodos de *tiempo libre* para improvisar de acuerdo con lo que el momento permita. Y que todo ello suponga una mejora en su calidad de vida y en la de su entorno.

5.2. Uso del procedimiento de administración del tiempo

En páginas anteriores se ha comentado que ya Beck en su terapia cognitiva para la depresión señaló la importancia de los tres procedimientos que aquí se explican. Sin embargo, el uso del tiempo es el más evidente. La famosa *agenda* es un ejemplo clarísimo.

De poco sirve tener bien seleccionadas las actividades si, por ejemplo, éstas se distribuyen en períodos de tiempo escasos o excesivos. O si se distribuyen en momentos inoportunos del día. O si los tiempos no son proporcionados con respecto a la forma de vida de la persona.

Tampoco es muy útil establecer objetivos si se establecen tiempos desproporcionados para conseguirlos.

Así pues, la administración del tiempo es un requisito esencial para que los dos procedimientos anteriores, el establecimiento de objetivos y la programación de actividades, funcionen.

6. APLICACIÓN DE LOS TRES PROCEDIMIENTOS

No es azaroso que los tres procedimientos aquí tratados formen parte de un capítulo. Su aplicación los entrelaza con frecuencia.

Un buen uso del tiempo significa que lo distribuimos de manera adecuada entre las diferentes actividades que planeamos, sean éstas de cualquiera de las posibles clases o tipos que más arriba se han descrito. Pero también es cierto que las actividades se hacen con un fin. Algunas son de uso exclusivamente del presente, como puede ser ir al cine o a un concierto. Otras se programan y se hacen como medio para conseguir un objetivo a medio plazo, como puede ser el ir al gimnasio no sólo para pasar un buen rato en el presente, sino también para estar en forma y prevenir problemas en un futuro, así como para conocer gente con quien compartir aficiones y

llegar a crear un círculo de amigos más adelante. Y las hay que se establecen con un objetivo a más largo plazo, como puede ser el comienzo de una carrera universitaria con el objetivo de trabajar en lo que esa formación permite.

Tener en cuenta los tres procedimientos es importante aunque en la práctica diaria el psicólogo pueda utilizar puntualmente sólo uno de ellos.

La tabla 21.5[3] permite recoger la información de los tres medios cuando se requiere intervenir en todos ellos.

7. RESUMEN

En la figura 21.6 se resume lo que se ha comentado en este capítulo, los tres procedimientos y los tipos diferentes a tener en cuenta en cada uno, así como los requisitos y condiciones que permiten aplicar estos procedimientos de manera efectiva y eficiente.

En resumen se puede decir que diseñar objetivos finales requiere establecer otros intermedios, y todos ellos deben ser claros, flexibles, operativos y motivantes.

Por su parte, la programación de actividades ha de tener en cuenta distintos aspectos. En primer lugar, su grado de necesidad para la persona. A continuación, su urgencia, su flexibilidad, su agradabilidad y finalmente su aplicación colectiva o individual. Y todo ello es preciso que se acompañe de una serie de conocimientos y de habilidades que permitirán a la persona ponerlas en marcha de la manera adecuada y con los resultados esperados.

Finalmente, el procedimiento de la administración del tiempo se aplica teniendo en cuenta las ac-

TABLA 21.5

Uso de los tres procedimientos

Actividad	Objetivo	Tiempo	Día/Hora
Ir al gimnasio: — Optativa. — *No urgente.* — *Agradable.* — *Individual.* — *Flexible.*	Estar en forma *(objetivo a medio plazo).* Conocer gente *(objetivo a medio plazo).* Hacer amigos *(objetivo final).* — *Claro.* — *Operativo.* — *Flexible.* — *Estimulante.*	Dos horas a la semana. Después del trabajo y cuando mi marido está haciendo otra actividad de ocio. — *Realista.* — *Proporcionado.* — *Bien distribuido.*	Los lunes y los miércoles de 8 a 9 de la tarde. Posible el jueves a la misma hora en el caso de que haya un imprevisto.

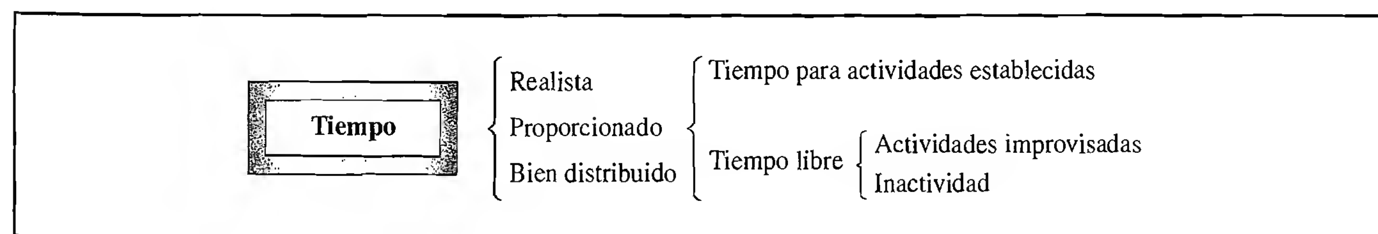


Figura 21.5.

[3] En la tabla aparece un ejemplo, como en el resto de las tablas de este capítulo, con el fin de que el lector vea cómo hacerlo.

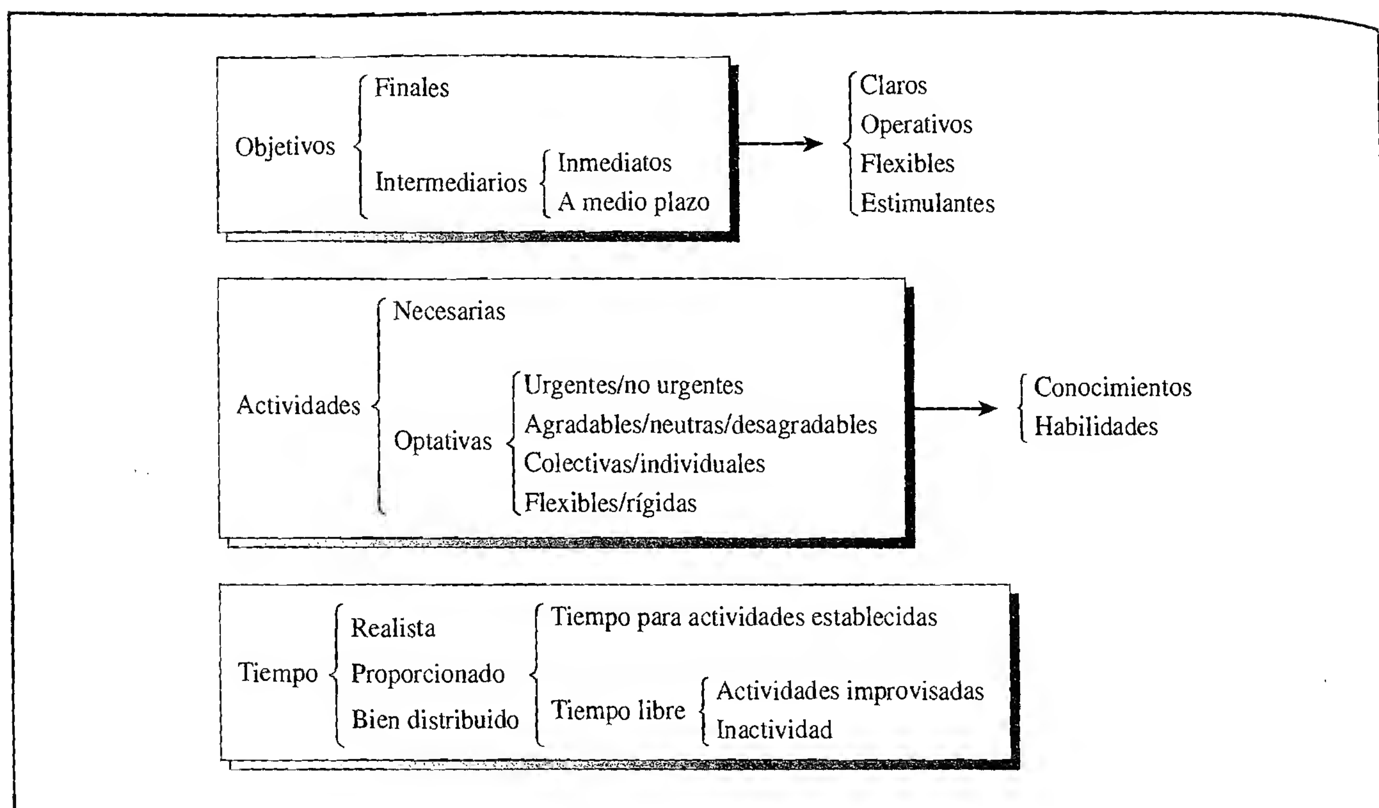


Figura 21.6.

tividades. Éstas pueden estar previstas o ser improvisadas. En el primer caso, el tiempo se administra de antemano. Además, existe el tiempo que se dedica a la *no acción*, es decir, aquello que no requiere de ningún esfuerzo ni activación.

Los tres procedimientos se aplican a veces conjuntamente para conseguir los objetivos propuestos por el psicólogo en su intervención.

De hecho, el uso de estos procedimientos puede parecer obvio o de puro sentido común. Y lo es. Pero su importancia no es, por ello, menor. El ser capaz de establecer objetivos atractivos, cuya consecución se planifica de forma adecuada y realista, es algo totalmente necesario para el bienestar psicológico y algo que pocos consiguen llevar a cabo de manera satisfactoria. Lo mismo puede decirse del ser capaz de planificarse y de administrar el tiempo de forma provechosa.

Por eso, establecer objetivos, implantar planes de acción y administrar el tiempo son componentes o requisitos de multitud de técnicas de intervención psicológica. No debe olvidarse, sin embargo, que los tres, en sí mismos, son procedimientos que resultan de utilidad y de hecho se usan en las intervenciones de prácticamente todos los campos aplicados de la psicología.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Uno de los errores que se cometen en la elaboración del procedimiento «establecimiento de objetivos» es:

   a) Error por defecto.
   b) Error por mala distribución.
   c) Error por neutralidad.

2. El procedimiento de «administración del tiempo» debe cumplir los requisitos de ser:

   a) Realista, proporcionado y neutro.
   b) Realista, proporcionado y bien distribuido.
   c) Realista, proporcionado y sencillo.

3. Las actividades pueden ser:

   a) Obligatorias u optativas.
   b) Sencillas o complicadas.
   c) Realistas o creativas.

4. El establecimiento del tiempo es un procedimiento que consiste en:

   a) Distribuir el tiempo de las actividades de acuerdo con el tiempo libre que tiene la persona.
   b) Elaborar una agenda que incluya tiempo para el ocio.
   c) Organizar el tiempo diario de la persona de manera proporcionada a las diferentes actividades que componen el día a día.

5. Un requisito imprescindible en el establecimiento de objetivos es que:

   a) Cualquier persona pueda conseguirlo.
   b) Comprenda objetivos inmediatos y a medio plazo.
   c) Contemple las variables personales y ambientales de la persona a la que se aplica.

6. Un buen uso del tiempo significa que:

   a) Lo distribuimos de acuerdo con el tiempo libre que tiene la persona.
   b) Lo distribuimos de manera adecuada entre las diferentes actividades que planeamos.
   c) Lo dividimos por igual entre las diferentes tareas diarias.

7. La planificación de actividades se utiliza:

   a) Como parte de establecimiento de objetivos.
   b) Como una técnica en sí misma.
   c) Como un medio para conseguir una buena administración del tiempo.

8. Para que funcione bien el procedimiento del establecimiento del tiempo es preciso:

   a) Conocer bien la vida diaria de la persona a quien se le aplica.
   b) Diferenciar entre las actividades necesarias y las optativas.
   c) Aplicarlo conjuntamente con el establecimiento de objetivos y con la planificación de actividades.

9. La necesidad de utilizar el procedimiento de la planificación de actividades se debe a que:

   a) La persona no ha establecido los objetivos inmediatos.
   b) La persona no ha administrado el tiempo de las actividades de manera proporcionada.
   c) La persona realiza las actividades de manera desorganizada.

10. De acuerdo con lo que se ha expuesto en este capítulo:

a) Es frecuente aplicar los tres procedimientos conjuntamente.
b) Es poco efectivo utilizar únicamente la planificación de actividades.
c) Es necesario utilizar conjuntamente los tres procedimientos.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	a	c	c	b	b	a	c	a

Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva

22

INÉS CARRASCO GALÁN
ISABEL ESPINAR FELLMANN

1. INTRODUCCIÓN

La terapia racional emotivo-conductual (TREC) fue conocida hasta 1994 como terapia racional-emotiva (TRE). Su fundador, Albert Ellis, modifica su denominación incorporando el término «conductual», basándose en que con frecuencia incluye, en sus intervenciones terapéuticas, técnicas conductuales (Ellis, 1994).

Esta terapia se ubicaría dentro de las denominadas «terapias racionales y de reestructuración cognitiva», junto con otras como la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum. A pesar de las diferencias entre los distintos procedimientos, todos comparten concepciones comunes tales como la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo de las disfunciones emocionales y conductuales y el considerar que la tarea fundamental del terapeuta con sus clientes será detectar, analizar y modificar las variables cognitivas desadaptadas, de las que dependen las emociones y conductas disfuncionales, y sustituirlas por patrones racionales y adaptativos, posibilitando de esta manera el cambio terapéutico.

La TREC fue fundada por Ellis a comienzos de la década de los sesenta y es la pionera de las terapias de reestructuración cognitiva. El propio Ellis cuenta cómo, tras formarse en el psicoanálisis, se da cuenta de que este método terapéutico es poco eficaz para resolver problemas emocionales. La búsqueda de un tratamiento más adecuado le llevó a elaborar una nueva forma de hacer terapia, poniendo en práctica métodos racionales que hacían que los clientes cambiaran la manera que tenían de verse a sí mismos y de considerar sus problemas, encontrando que estos procedimientos eran claramente más efectivos. En el desarrollo de su terapia reconoce la influencia de diversos factores entre los que se encuentra su práctica clínica como psicólogo dedicado al tratamiento de problemas sexuales y de pareja; diversas corrientes filosóficas tales como el pensamiento de los estoicos, que sostenían que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación sino por la interpretación que los sujetos hacen de ella; el psicoanálisis, especialmente las figuras de Horney y Adler, y las técnicas y el enfoque activo-directivo del movimiento conductista.

Hasta alcanzar su formulación actual, la TREC ha sufrido transformaciones a lo largo de su desarrollo. La última revisión realizada por su creador se llevó a cabo en 1994 (Ellis, 1994). Sin embargo, y a pesar de los cambios, el esquema general en el que se basa se mantiene inalterable desde sus orígenes (Davison y Neale, 2001).

2. BASES TEÓRICAS

En la base del desarrollo de su teoría se encuentra el supuesto de que las personas tienen ideas o filosofías de vida irracionales que, aunque inventadas por ellas mismas, las mantienen dogmáticamente, produciéndoles perturbaciones emocionales y

conductuales. La causa de los problemas psicológicos estaría en la manera que tiene el sujeto de interpretar su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre los otros y sobre el mundo en general. El elemento principal es el sistema de creencias de los sujetos, que se caracteriza por patrones de pensamiento irracional dado que son:

1. Falsos, ya que distorsionan la realidad, son interpretaciones incorrectas de lo que sucede y no se sostienen con la evidencia disponible.
2. Disfuncionales, puesto que dificultan la obtención de metas y producen o pueden producir patología.
3. Automáticos, dado que el sujeto no conoce su existencia ni sabe el papel mediador que desempeñan en todo lo que siente y hace (Ellis, 1990).

La TREC ilustra esta premisa básica a través del esquema A-B-C. Este esquema representa las reacciones emocionales y conductuales de los individuos, partiendo de la teoría central de que las cosas que ocurren no son las que producen las perturbaciones, sino que éstas se generan por la interpretación que las personas tienen sobre ellas. Siguiendo este esquema: los acontecimientos (A) no causan los problemas emocionales y de conducta que tienen los sujetos (C), sino que éstos son causados por las creencias (B) que subyacen a las interpretaciones sobre A que hacen los sujetos, aunque se tienda a pensar que A causa C porque le sigue inmediatamente y de forma directa. Por ejemplo, una persona va por la calle, se cruza con un amigo y éste no le saluda (A, acontecimiento activador: lo que sucedió). El sujeto interpreta esta situación como «no quiere saber nada de mí, le pasa algo conmigo» (la interpretación del sujeto de lo que sucedió), ante lo que emergen sus creencias: «pierdo a todos mis amigos; nadie quiere ser amigo mío; no soy una persona interesante y no tengo nada que ofrecer; no tengo ningún valor ni como amigo ni como persona» (B, creencias sobre A). Estas creencias pueden producir en el sujeto, por ejemplo, abatimiento y aislamiento (C: problemas emocionales y de conducta). Además, el sujeto al darse cuenta de que está evitando a esa persona y aislándose de los demás puede considerarlo como una debilidad, y esto haría que se sintiese mucho más hundido (C: problemas secundarios).

Uno de los aspectos básicos de la TREC es la distinción entre creencias racionales e irracionales. Aunque ambas se describen como cogniciones evaluativas propias de cada persona, las *creencias racionales* son probabilísticas, preferenciales o relativas y se expresan en términos de deseos y gustos: «me gustaría», «preferiría», «no me gustaría», etc. Cuando las personas no consiguen lo que desean, los sentimientos negativos de displacer o insatisfacción que generan (tales como preocupación, tristeza o disgusto) no impiden el logro de nuevos objetivos o propósitos. Las *creencias irracionales*, por el contrario, son dogmáticas o absolutas y se expresan en términos de obligación, necesidad imperiosa o exigencia: «tengo que», «debo de», «estoy obligado», etc. Su no consecución provoca emociones negativas inapropiadas (depresión, culpa, ira, ansiedad, miedo) que interfieren en la consecución de objetivos y generan alteraciones de la conducta tales como aislamiento, conductas de evitación o de escape, abuso de sustancias tóxicas, etc. (Ellis, 1982).

Las ideas irracionales, independientemente de las peculiaridades de cada sujeto, se pueden agrupar en un número reducido de categorías que conformarían las *ideas irracionales básicas*. Entre ellas estarían las siguientes:

1. Tengo que ser amado y tener la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno.
2. Si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo.
3. Las personas malas, infames o inmorales deben ser culpabilizadas y castigadas por sus malas acciones.
4. Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo quiero o deseo.

5. Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen.
6. Si puede pasar algo peligroso o terrible, debo sentirme muy preocupado o asustado y pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar que enfrentarme a las responsabilidades y los problemas de la vida.
8. Debo depender de personas más fuertes y poderosas en quienes confiar y apoyarme.
9. Las cosas que me ocurrieron en el pasado son determinantes de mi conducta actual y futura porque siempre me influirán de manera definitiva y me volverán a ocurrir.
10. Debo asumir y preocuparme mucho y constantemente por los problemas de los demás, como si fueran los míos.
11. Cada problema tiene una solución acertada y perfecta y es horrible y catastrófico no encontrarla.

Estas ideas irracionales fundamentales contienen tres *nociones básicas* en las que los individuos hacen peticiones *de carácter absoluto* a sí mismos, a los otros y al mundo:

1. *Tengo que* actuar bien y *tengo que* ganar la aprobación por mi forma de actuar.
2. Todas *las personas deben* actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo; si no lo hacen, son despreciables y malos y merecen ser castigados.
3. Las condiciones de la vida *deben ser* buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad.

Estas exigencias absolutas y dogmáticas generan *distorsiones cognitivas,* que se relacionan de forma interdependiente con las creencias irracionales, entre las que se encuentran:

1. Resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento.
2. Exagerar lo insoportable de una situación.
3. Condenar a las personas, o al mundo en general, si no proporcionan al individuo lo que éste cree que merece (Dryden y Ellis, 2001).

Estas demandas absolutas generan en el sujeto una *tensión emocional* que da lugar a dos tipos de perturbaciones psicológicas: la ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora. La *ansiedad del yo* se produce cuando se altera la imagen de uno mismo; cuando el individuo se autocondena por no satisfacer las peticiones absolutas que se hace a sí mismo («*tengo que* actuar bien y *tengo que* ganar la aprobación por mi forma de actuar»). Por ejemplo, las autoevaluaciones negativas, tales como «si fallo o me desaprueban, significa que no soy valioso», generan tensión emocional debido a que el sujeto se siente amenazado. Esto puede llevarle a evitar las situaciones en las que el fracaso o la desaprobación puede ocurrir y a la aparición de problemas tales como desarrollar un comportamiento no asertivo debido al miedo a lo que los demás puedan pensar. *La ansiedad perturbadora* tiene lugar cuando no se satisfacen las peticiones dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómoda. Este tipo de ansiedad es provocada por las demandas que el individuo dirige a los otros («todos *deben* tratarme siempre bien, de forma agradable y considerada») o al mundo («las condiciones de la vida *deben ser* buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad»). Esta ansiedad implica: baja tolerancia a la frustración, producida por las demandas que no suceden y el catastrofismo asociado, y baja tolerancia al malestar, debido a las experiencias físicas o psicológicas de malestar y al catastrofismo asociado cuando el sujeto lo padece.

Dado que cada tipo de ansiedad se acompaña de creencias irracionales diferentes, se hace hincapié en la necesidad de identificar cada tipo de ansiedad, ya que requieren tratamientos específicos. Así, la ansiedad del yo conlleva creencias relacionadas con incompetencia o descalificación personal, mientras que son propias de la ansiedad perturbadora las relacionadas con la no aceptación del malestar y el considerar las emociones negativas como malas.

En cada cliente se debería indagar y hacer explícitas cuáles son las ideas irracionales que están operando en su forma de sentir y comportarse, y habría que enseñarle la forma de abandonarlas o cambiarlas por otras más racionales, ayudándole a sentir y actuar de manera apropiada y eficaz. Así, podrá conseguir las metas que se propone y aumentar la autoaceptación y la tolerancia a la frustración y al malestar.

3. PROCEDIMIENTO

Ellis desarrolla la TREC como un método terapéutico para tratar las dificultades emocionales y la describe como una terapia cognitivo-conductual, activa, directiva y educativa (Ellis y Dryden, 1989) cuyo objetivo es alterar el sistema de creencias del sujeto y ayudarle a generar una nueva filosofía de la vida.

3.1. El proceso de la TREC

El procedimiento terapéutico de la TREC consta de cuatro grandes fases, que no están claramente delimitadas, pudiendo, en ocasiones, entremezclarse: 1) evaluación de los problemas, explicación del esquema A-B-C y del método terapéutico que se va a seguir; 2) detección de las ideas irracionales y caer en la cuenta de su papel en los trastornos emocionales y conductuales; 3) debate y cambio de las ideas irracionales, y 4) aprendizaje de una nueva filosofía de vida (Ellis y Grieger, 1990; Grieger, 1990).

3.1.1. *Evaluación de los problemas, explicación del esquema A-B-C y del método terapéutico que se va a seguir*

En primer lugar, a través de **entrevistas de evaluación,** el terapeuta de la TREC averigua el *tipo de problemas* que presenta el cliente. Ellis clasifica los problemas en dos grandes categorías: externos e internos. Los *problemas externos* dependen de situaciones ambientales, y se incluirían en ellos: las preocupaciones profesionales, los problemas específicos de la vida y las dificultades de relación con personas concretas. Todos se incluyen, dentro del esquema A-B-C, en A, acontecimientos activadores. Los *problemas internos* comprenden los síntomas que presenta el cliente, es decir, las perturbaciones emocionales y las conductas desadaptadas que manifiestan, tales como ansiedad, depresión, ira, culpa, aislamiento, adicciones, etc., y estarían incluidas en C, reacciones o consecuencias. Estos últimos conforman los *problemas primarios,* trastornos en los que se centra la TREC.

No es raro encontrar, al realizar la evaluación, lo que Ellis denomina *problemas secundarios,* que están formados por los síntomas que tiene el sujeto ante la percepción de los síntomas primarios. Generalmente, los problemas primarios se solapan con los secundarios. Esto se puede observar en el ejemplo anteriormente comentado del sujeto que creía que nadie quería ser su amigo porque no era una persona interesante y no tenía ningún valor como persona (B) y estas creencias le producían abatimiento y aislamiento (C = problemas primarios). Al darse cuenta de que evita a las personas y se aísla (C que actúa como nueva A), lo considera una debilidad (nueva B), lo que le hace sentirse mucho más hundido (nueva C = problemas secundarios). También serían ejemplos de problemas secundarios la vergüenza, depresión o culpa que pueda experimentar un cliente por sentirse ansioso, deprimido o por sufrir una adicción. Es importante distinguir los problemas secundarios de los primarios y tratar en primer lugar los secundarios para posteriormente centrarse en los primarios.

Una vez categorizados los problemas en internos o externos, primarios o secundarios y en términos del esquema A-B-C, se le explicará al cliente el método que se va a seguir en la terapia para resolverlos. Se le expondrá con claridad que se trabajará sobre las creencias irracionales (B), ya que son las que generan los problemas emocionales y conductuales que presenta (C). Cuando esto esté resuelto, se centrarán en los problemas ambientales (A). En el caso anterior, se centrarían en primer lugar en

combatir y modificar las creencias (nueva B) que generan los problemas secundarios (nueva C), para posteriormente centrarse en las creencias (B) que generan los síntomas primarios (C) y, por último, abordar A, los problemas en las relaciones interpersonales que presente el cliente.

Una opción realista que podrían plantear los clientes es que se centrase la terapia en modificar las interpretaciones incorrectas que se hacen de las situaciones (en el ejemplo anterior: «no quiere saber nada de mí, le pasa algo conmigo»). En este caso, se debería hacer ver al cliente que este cambio sería superficial, ya que el cambio trascendente sólo se podrá dar si se tratan las creencias básicas subyacentes, que son las que le generan problemas y dificultades en múltiples ocasiones. En el ejemplo anterior, el cambio superficial estaría en centrarse en ayudar al cliente a que se diera cuenta de que quizá haya interpretado inadecuadamente la situación («no quiere nada conmigo»), mientras que el cambio fundamental estaría en ayudarle a darse cuenta y cambiar sus creencias básicas irracionales subyacentes, que serían la necesidad imperiosa de ser siempre competente (nueva B) y de aprobación (B).

Es importante, en esta fase, que el cliente comprenda y asuma que:

1. Sus ideas y creencias tienen un papel fundamental en sus problemas emocionales y de conducta.
2. Aunque sus ideas irracionales hayan sido aprendidas en experiencias tempranas desagradables, la causa de sus problemas actuales no es la experiencia anteriormente vivida como negativa, sino el que ahora siga utilizando esas mismas ideas irracionales.
3. Para superar sus problemas, no existe otro camino que rebatir persistentemente las creencias irracionales, ya que conocerlas y saber la influencia que ejercen sobre la conducta no basta para producir cambios duraderos en los síntomas.
4. Puede y es conveniente que se acepte a pesar de sus problemas emocionales (Grieger, 1990).

3.1.2. *Detección de las ideas irracionales y darse cuenta de su papel en los trastornos emocionales y conductuales*

A través de un **diálogo didáctico,** el terapeuta ayudará al cliente a *descubrir sus ideas irracionales y el papel que desempeñan en sus problemas emocionales y conductuales.* Mediante preguntas tales como «¿qué pensabas en ese momento o en esa situación?; ¿qué pensabas cuándo hiciste... o sentiste... o te dijeron...?; ¿me estás contando que eres un fracasado/a y que absolutamente todo lo que te has propuesto en la vida te ha salido mal?; ¿me estás diciendo que una buena madre es aquella capaz de satisfacer todas las necesidades de sus hijos?», se le ayuda a darse cuenta de cuáles son sus pensamientos y creencias irracionales. Para discernir las ideas irracionales es necesario buscar entre los pensamientos automáticos las *afirmaciones imperativas* y *exigentes* que se hace a sí mismo (revisar sus debería... tengo que...) cuando quiere, debe, necesita o desea de forma *absoluta e imprescindible* conseguir algo. También se tiene que analizar la *tendencia a ver el mundo* algo *deformado* y las *generalizaciones* acerca de lo que ha ocurrido y/o probablemente ocurrirá y que distorsionan la realidad.

Una vez encontradas las exigencias internas, se está en condiciones de descubrir las *formas de pensamiento irracional,* revisando las principales manifestaciones de irracionalidad:

1. Pensar que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser distinto de lo que es.
2. Calificar la situación como horrenda, terrible, horrorosa (tremendismo).
3. Pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerar a esa persona o cosa (insoportabilidad) y afirmar que no debería haber sucedido así.
4. Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece reprobación y puede calificársele de canalla, pernicioso y despreciable (condenación) (Ellis, 1990a).

Además, el terapeuta solicitará al cliente que, a través de **autorregistros** (véase la tabla 22.1) practique, fuera de la consulta, lo aprendido en las sesiones de terapia. Para ello le pedirá que identifique y registre diariamente los pensamientos irracionales (B) que le aparecen ante los diversos problemas externos a los que se enfrenta en las distintas situaciones ambientales (A) y que se dé cuenta del papel mediador que tiene el pensamiento irracional en las consecuencias emocionales y conductuales negativas que le ocurren (C)[1].

3.1.3. *Debate y cambio de las ideas irracionales*

Para *debatir y eliminar las ideas irracionales* el terapeuta, mediante preguntas que susciten la discusión y el debate, ayudará al cliente a **cuestionar la veracidad** de sus pensamientos irracionales analizando:

1. Los aspectos a favor y en contra de cada uno de ellos.
2. El tipo de argumentos ilógicos y falsos que está utilizando para mantenerlos.
3. Cómo puede generar creencias racionales que le sirvan de alternativa.
4. Qué beneficios encontrará al adoptar creencias racionales en lugar de las irracionales que mantiene, motivándole de esta manera a que adquiera un mayor grado de compromiso y responsabilidad al hacer suyas las nuevas creencias racionales que vaya adoptando.

Ellis aconseja seguir, en este **debate,** el **método hipotético-deductivo,** que resume en cinco reglas:

1. Empirismo: aceptar como realidad sólo aquellos hechos que pueden ser observados y comprobados.
2. Lógica: aceptar como válidas sólo aquellas proposiciones que se deriven de forma lógica, sin contradicciones, de otros principios o proposiciones.
3. Flexibilidad: disposición a cambiar las ideas y teorías propias en función de nuevos hechos o nueva información.
4. Ausencia de valoración moral: dado que la ciencia no hace valoraciones sobre la bondad o maldad de los hechos, no se puede condenar o premiar en términos absolutos y universales por actuar de una u otra forma.
5. Probabilismo: la ciencia no garantiza con total certeza que se consigan determinados objetivos si se realizan determinadas acciones, sólo se puede establecer la mayor o menor probabilidad de que eso ocurra (Ellis y Lega, 1993).

Para realizar esto, el terapeuta hará preguntas del tipo: «¿Hay alguna certeza innegable de que ese pensamiento tuyo sea verdadero?; ¿en qué te basas para decir que si pasa... significará que eres inútil y despreciable?; ¿es lógico que deduzcas que si pasa... tiene que ocurrir...?; ¿en qué te basas cuando crees que si actúas de tal manera mereces que te pase tal cosa?; ¿trata de probar que es sensato pensar que

TABLA 22.1

Autorregistro de pensamientos y creencias irracionales

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)

[1] La hoja para la identificación de ideas irracionales utilizada como diario se puede encontrar en Lega, Caballo y Ellis (2002).

debemos ser perfectos en todo?; ¿trata de demostrar que si tú haces... mereces que te ocurra...?; ¿en qué te basas para decir que si tú haces... los demás deben hacer...?».

También, para demostrar que una creencia es irracional, el terapeuta puede utilizar el procedimiento de **reducción al absurdo,** asumiendo la creencia irracional como correcta y llevándola hasta su extremo lógico, de tal manera que lo ilógico se muestre patente y lleve a que el cliente vea la necesidad de reformularla.

A lo largo del proceso el cliente va aprendiendo que los pensamientos racionales son aquellos que expresan preferencias o deseos en términos relativos y probabilísticos, nunca en términos absolutos y dogmáticos.

Como una forma de afianzar el aprendizaje y la restructuración cognitiva, también son importantes, en esta fase, los **autorregistros** (véase la tabla 22.2). Ellis los denomina *Formularios de autoayuda de la terapia racional-emotiva* y tienen la forma de un diario con columnas para escribir, de izquierda a derecha, el día, la hora y la situación (A), el pensamiento irracional (B), las consecuencias (C), el debate y sustitución por un pensamiento racional (D) y los efectos de dicha sustitución (E)[2].

Se considera importante detectar en esta etapa si el cliente manifiesta resistencias o miedos para dejar de pensar de la forma en que lo hace habitualmente. Grieger (1990) enumera los miedos más frecuentes:

1. Perder la identidad por asumir ideas nuevas que surgen de otros.
2. Volverse frío emocionalmente por pensar racionalmente.
3. Convertirse en mediocre por abandonar las ideas perfeccionistas.
4. Perder las gratificaciones que obtiene con su forma patológica de pensar y actuar.

Si se descubre alguno de estos miedos, se deberá centrar la atención terapéutica en ellos considerándolos importantes distorsiones cognitivas.

3.1.4. *Aprendizaje de una nueva filosofía de vida*

La última fase de la terapia, *aprender una nueva filosofía de vida,* tiene como objetivo que se arraiguen, de manera permanente y estable, las nuevas creencias racionales que se han aprendido en la fase anterior. Para ello el terapeuta animará al cliente a que encuentre la forma de convencerse de la validez y del valor pragmático de lo que ha aprendido, lo que TREC denomina *fortalecer el hábito.* Para conseguir este fortalecimiento el cliente debe, a través de **tareas programadas para casa,** enfrentarse a los acontecimientos activadores (A) que susciten ideas irracionales (B) para que las pueda detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales y de conducta (C) que les acompañan, debatir esas creen-

TABLA 22.2

Formulario de autoayuda de la TREC

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)	Refutación y creencia racional eficaz (D)	Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)

[2] El formulario de autoayuda de la TREC empleado en las tareas para casa, y elaborado por el Institute for Racional-Emotive Therapy, se puede encontrar traducido en Lega, Caballo y Ellis (2002).

cias y fomentar las ideas racionales aprendidas durante las sesiones anteriores (D) y observar las consecuencias emocionales que estas nuevas ideas racionales traen consigo (E). También en este momento deberá el cliente utilizar los **autorregistros** comentados en la etapa anterior.

En la tabla 22.3 se muestra un resumen de las fases y las técnicas que se utilizan habitualmente en la TREC.

A continuación se muestra un ejemplo en el que se ilustran las fases y las técnicas principales en la aplicación del procedimiento de la TREC. En un primer momento, es necesario detectar y mostrar al cliente los esquemas A-B-C que van surgiendo en las distintas situaciones que relatan.

> «Mi jefe me ha mandado a por unos documentos a otra oficina de Madrid que está bastante apartada y a la que fui una vez hace ya mucho tiempo... Cuando llegué, pregunté en un kiosco y me indicaron un camino, pero a medida que andaba dudé si sería el camino acertado. Volví y pregunté de nuevo, y me indicó el camino contrario (**A**). Después de casi 20 minutos estaba perdida y se me pasó por la cabeza: "no seré capaz de encontrar el edificio". Finalmente pregunté a un señor con el que me crucé y me indicó el lugar. Mientras seguía sus indicaciones, me decía "no vas a ser capaz de encontrarlo" (**B**). Empecé a ponerme muy nerviosa y a sentirme una inútil (**C**).»

Para ayudar al cliente a que detecte sus ideas irracionales, se le hacen las siguientes preguntas (diálogo socrático): ¿Quieres decir que eres una inútil por no saber llegar a una dirección determinada? ¿Me estás diciendo que para ser competente es necesario no pedir ayuda nunca? ¿Me estás diciendo que para ser competente uno debe siempre funcionar de forma autónoma?

De esta forma se le ayuda a encontrar sus exigencias internas, que no son más que formas de pensamiento irracional. En este ejemplo, se califica la situación como *terrible* por no haber actuado de la forma en la que el individuo cree que *debería* haberlo hecho. La consecuencia es que uno se *autocondena* por no haber funcionado de una forma determinada.

TABLA 22.3

Cuadro resumen del procedimiento de la TREC

Fases	Técnicas básicas
Evaluación de los problemas, explicación del esquema A-B-C y del método terapéutico que se va a seguir.	— Entrevistas de evaluación.
Detección de las ideas irracionales y constatación de su papel en los trastornos emocionales y conductuales.	— Diálogo socrático. — Listado de creencias irracionales. — Autorregistros.
Debate y cambio de las ideas irracionales.	— Debate basado en el método hipotético-deductivo y que pretende cuestionar la veracidad de los pensamientos irracionales. — Reducción al absurdo. — Autorregistros (formularios de autoayuda de la terapia racional-emotiva).
Aprendizaje de una nueva filosofía de vida.	— Tareas programadas para casa. — Autorregistros.

Posteriormente, se cuestiona la veracidad de los pensamientos con el objetivo de debatir y cambiar las ideas irracionales. Para ello se le hacen preguntas del tipo: ¿En qué te basas para afirmar que eres una inútil? ¿Es lógico que deduzcas de este hecho que eres una inútil? ¿Ha habido otras situaciones en el pasado en las que actuaste de forma diferente?

A continuación se muestra el debate y refutación que realiza el cliente ante la situación previamente expuesta.

> «Me digo que soy una inútil, que soy incapaz de ir sola a los sitios nuevos, que me pierdo... Pero no es verdad, a muchos sitios he ido sola sin haber estado antes y no ha pasado nada (alguna vez, pero sólo alguna vez, me he perdido, pero he preguntado y he encontrado el sitio que buscaba). También he estado en el extranjero y me las he apañado sin problemas. Además, mucha gente me ha preguntado también a mí, le pasa a todo el mundo...»

Es importante recordar que, al margen de las situaciones concretas, es necesario trabajar con el cliente sus creencias básicas irracionales subyacentes, que, en este caso, hacen referencia a: «si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz de conseguir todo lo que me propongo», y «es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo quiero o deseo».

3.2. Estilo del terapeuta en la TREC

Ellis describe cuál es el estilo que caracteriza a un terapeuta racional emotivo-conductual y menciona que entre las características que debería poseer se encuentran:

1. *Aceptación incondicional* de sus clientes.
2. *Genuino y abierto* en la terapia, facilitando al cliente las informaciones personales que le demande.
3. *Empático.*
4. *Activo-directivo,* para ayudarles a darse cuenta de sus creencias irracionales y corregirlas. Además, intentará persuadirles para que realicen tareas o actividades concretas demandando con firmeza su cumplimiento como parte importante del proceso terapéutico.
5. *Activo verbalmente,* interpretando las cosas que dicen los clientes, discutiendo sus ideas y actitudes irracionales y *facilitando que el cliente se exprese.*
6. *Didáctico,* utilizando un lenguaje sencillo y claro, así como el material que crea conveniente (libros, grabaciones, etc.).
7. Actuará como un *modelo racional de sentir y comportarse,* correcto, adecuado, sin ansiedad ni hostilidad ante los enfados, la no aceptación o las exigencias de los clientes.
8. Con *sentido del humor,* que utilizará como método didáctico para combatir las exageraciones y para conseguir que los clientes no se tomen las cosas tan seriamente y que se acepten a pesar de sus fallos y dificultades.

También indica los riesgos que se pueden correr, ya que, sin querer, se puede reforzar la fuerte necesidad de amor y aprobación de los clientes, idea irracional esencial, como hemos visto, y su baja tolerancia a la frustración. Considera que el terapeuta debería evitar: un estilo de interacción demasiado emotivo y amigable con los clientes histéricos; un estilo demasiado intelectual con los obsesivo-compulsivos; un estilo demasiado directivo con los que temen ser autónomos, y un estilo demasiado activo con los clientes pasivos (Dryden y Ellis, 2001).

3.3. Técnicas de tratamiento

Además de las **entrevistas** de evaluación, para detectar los problemas que presenta el cliente, **el entrenamiento en detección de creencias irracionales,** las **técnicas de persuasión verbal o debate,** para cuestionar y refutar los pensamientos irracionales, y los **autorregistros,** comentados anteriormente en el procedimiento, la TREC utiliza en el curso del proceso terapéutico diversas técnicas cognitivas y conductuales.

a) Atendiendo a las más utilizadas, encontramos técnicas emotivas o emotivo-conductuales, entre las que se encuentran la imaginación racional emotiva y los ejercicios para atacar la vergüenza. La **imaginación racional emotiva** se lleva a cabo con el objetivo de practicar la sustitución de pensamientos irracionales por racionales. El terapeuta pedirá al sujeto que cierre los ojos e imagine una situación (A) que le genere sentimientos negativos, como ansiedad o depresión, y que vaya relatando los pensamientos que le suscitan (B) y que hacen que comience a sentirse mal (C). A continuación, y mientras mantiene las imágenes claras, se le pide que debata esos pensamientos y los sustituya por pensamientos racionales (D) describiendo los efectos que esta sustitución produce en sus emociones (E).

b) Los **ejercicios para atacar la vergüenza** se utilizan para ayudar a los sujetos a practicar el pensamiento racional y aceptar las emociones negativas como experiencias normales de la vida. Consisten en pedir al cliente que se exponga a situaciones no peligrosas, física o socialmente (A), que le generan pensamientos irracionales (B) y sentimientos negativos como vergüenza, temor, tristeza o repugnancia (C) y que se acepte a sí mismo y la incomodidad que siente (E), relativizando la situación y el sentimiento y practicando el decirse a sí mismo pensamientos racionales (D). Ejemplos de este tipo de ejercicios podrían ser: en el centro de trabajo, ir tarareando una canción; en un sitio conocido, pedir una consumición y decir que lo pagarás al día siguiente porque no tienes dinero; llevar un calcetín de cada color; en una tienda, preguntar por algo que tienes delante, etc. El cliente debe exponerse a la situación y practicar el decirse a sí mismo: «el que se rían no significa que se rían de mí o que piensen que soy tonto»; «dado que me conocen y pago siempre, no tienen por qué pensar que soy un aprovechado o un timador»; «es normal olvidarse, alguna vez, una cosa»; «todo el mundo tiene despistes»; «es normal preguntar por las cosas que no se encuentran», etc.

c) Con aquellos clientes que tienen dificultades para debatir y cuestionarse los pensamientos irracionales, debido a sus limitaciones intelectuales, TREC recomienda la utilización del **entrenamiento en autoinstrucciones.** Cliente y terapeuta elaborarán, a lo largo de las sesiones, una serie de frases racionales que le sirvan para contrarrestar sus pensamientos irracionales. Se le pedirá al sujeto que las escriba en fichas, que las lea varias veces al día para memorizarlas y que se las diga cada vez que se enfrente a las situaciones que le generen emociones y/o conductas desadaptadas.

d) Entre las técnicas conductuales utilizadas se encuentran: **ensayos de conducta** (para favorecer el ensayo de la discusión y la sustitución de creencias irracionales por racionales); el **entrenamiento en habilidades sociales** (para entrenar al sujeto en habilidades sociales específicas que aparezcan como problemáticas o no aparezcan en el repertorio del sujeto); **exposiciones a las situaciones temidas** (para posibilitar debates cognitivos en aquellas situaciones reales que les provocan miedos intensos. Podrían incluirse aquí los ejercicios para atacar la vergüenza); **entrenamiento en resolución de problemas** (para ayudar a resolver problemas específicos en situaciones tales como conflictos maritales, decisiones de separación marital, cambios en el trabajo, etc.). En general, estos procedimientos se utilizan para favorecer el debate y el cambio cognitivo en las situaciones que generan malestar emocional o en las que el sujeto se comporta de forma inadecuada, ayudando a la consolidación de los nuevos patrones de pensamiento racional. También se recurre al **refuerzo** y al **castigo** con el objetivo de animar a los clientes a asumir la responsabilidad del cambio. En las sesiones de terapia el cliente establecerá qué tipos de refuerzos o castigos concretos se autoaplicará en función de la realización o no de determinadas tareas. Según Vila y Fernández-Santaella (2004): «La inclusión de este tipo de técnicas implica la aceptación del carácter mediador de las propias conductas y de las emociones sobre las creencias y pensamientos, esto es, se acepta que el cambio conductual y emocional puede ser también causa y no sólo efecto del cambio cognitivo [...]. Con ello Ellis asume un planteamiento relativista del propio modelo cognitivo [...] "las causas más directas de las altera-

ciones emocionales (C) suelen ser las creencias irracionales (B) aunque no siempre. Hay alteraciones emocionales que a veces pueden surgir de unos acontecimientos (A) muy poderosos, por ejemplo, de desastres ambientales —como guerras o inundaciones— o de factores biológicos como enfermedades o cambios hormonales—, siendo tales acontecimientos (A) las causas directas de las consecuencias (C)". En sus últimas formulaciones, Ellis defiende un planteamiento interaccionista, según el cual tanto los acontecimientos activantes como las creencias y las consecuencias están intrínsecamente relacionados, no pudiendo existir ninguno de ellos sin los otros» (p. 162).

e) Con el objetivo de disminuir las exageraciones y la importancia que los clientes conceden a las cosas, el dramatismo de los acontecimientos de la vida y las exigencias absolutas que se demanda a sí mismo y a los otros, la TREC utiliza **técnicas humorísticas.** Éstas consisten en utilizar todo tipo de recursos humorísticos, como los chistes y las frases ingeniosas, la ironía, el lenguaje exagerado, los juegos de palabras, etc., que puedan ayudar a desdramatizar, a reírse de uno mismo y a considerar que el exceso de seriedad y la autocompasión no ayudan a reducir el malestar emocional. Es importante, cuando se utilicen estas técnicas, que le queden claras al cliente las razones por las que se utilizan y que el terapeuta se está riendo de sus pensamientos y creencias irracionales y no de él. Ellis (1990b) describe las ventajas de la utilización del sentido del humor en la terapia dado que:

1. Puede ayudar al cliente a reírse de sí mismo y a aceptarse con sus fallos y vulnerabilidades.
2. Clarifica muchos comportamientos inadecuados de forma agradable.
3. Hace desaparecer la excesiva seriedad y la monotonía de la terapia.
4. Le ayuda a distanciarse de sus problemas y a ser más objetivo.
5. Sirve como método distractor de pensamientos inadecuados.
6. Demuestra al cliente lo importante que es pasárselo bien en la vida.

f) Por último, la TREC considera fundamental el trabajo realizado fuera de las sesiones. Las **tareas que se suelen realizar en casa** incluyen tanto actividades cognitivas como conductuales, entre las que se encuentran: *autorregistros* (para identificar pensamientos irracionales); *formularios de autoayuda* (para debatir y sustituir pensamientos irracionales); *exposición* a las situaciones que generen emociones negativas (para practicar el debate y el pensar racionalmente); *escuchar y debatir grabaciones* (oír o ver grabaciones de sesiones de terapia con el objetivo de comprender y asumir mejor los principios de la TREC y poner en práctica o reproducir el debate de ideas irracionales concretas y formulándose posteriormente pensamientos racionales que puedan servirle en situaciones concretas); *biblioterapia* (lecturas específicas que ayuden al sujeto a hacer frente a sus problemas); *enseñar la TREC a otras personas* ayudando a familiares y amigos a hacer frente a sus problemas, para que el cliente adquiera más práctica en el uso de argumentos racionales y fortalezca su recién adquirida filosofía racional.

4. VARIACIONES. LA REESTRUCTURACIÓN RACIONAL SISTEMÁTICA DE GOLDFRIED

El procedimiento de reestructuración racional sistemática propuesto por Goldfried (Goldfried, 1979, 1988; Goldfried y Goldfried, 1975; Goldfried, Decented y Weinberg, 1974) se desarrolla a partir de la TRE de Ellis y se sustenta en el mismo fundamento teórico. Surge como un intento de adecuar la TRE a un procedimiento de autocontrol y tiene como objetivo enseñar a los clientes habilidades de afrontamiento y manejo de situaciones problemáticas. Aunque se diseñó para ser aplicado a distintos trastornos emocionales, de hecho se ha utilizado como un procedimiento para hacer frente a la ansiedad. Se diferencia de la TRE en que:

1. Pone más énfasis en hacer consciente al cliente de sus pensamientos o automanifestaciones inadecuadas, y el papel que desem-

peñan en sus problemas, que en buscar creencias irracionales básicas.
2. En la forma de llevar a cabo el procedimiento de intervención.

El procedimiento terapéutico de reestructuración racional sistemática está dividido en cuatro fases:

1. Explicar el papel que tienen los pensamientos en el malestar emocional.
2. Reconocer la irracionalidad de ciertas creencias.
3. Identificar pensamientos y automanifestaciones no realistas que determinan la ansiedad y las emociones desadaptativas.
4. Modificar las creencias no realistas.

4.1. Explicación de cómo actúan los pensamientos como mediadores del malestar emocional

En esta primera fase se proporciona al cliente información general, sencilla y ejemplificada, pero sin centrarse en aspectos específicos del cliente, sobre el importante papel que tienen las cogniciones en la actividad emocional. El objetivo es que los clientes acepten esta premisa básica como propia. Para ello, el terapeuta explicará cómo las reacciones emocionales pueden estar directamente influidas por las expectativas, suposiciones, valoraciones o pensamientos que las personas tienen al analizar las situaciones a las que se enfrentan, más que por las situaciones en sí mismas. También se hará saber que esos pensamientos que se dice a sí mismo ocurren, en muchas ocasiones, de forma casi automática, debido a que están muy bien aprendidos, pero a pesar de esto se pueden identificar y hacer explícitos fácilmente.

4.2. Reconocimiento de la irracionalidad de ciertas creencias

El objetivo de esta segunda fase es que el cliente se dé cuenta y acepte que algunas creencias son irracionales o no realistas y, además, que argumente lo irracional de esos puntos de vista. Para conseguirlo, el terapeuta presentará las ideas irracionales propuestas por Ellis de manera exagerada para que le sea más fácil al cliente no estar de acuerdo con ellas y descubrir lo insostenibles que son. Se considera que el terapeuta será más eficaz si, en vez de intentar convencerle verbalmente de la irracionalidad de esos pensamientos o creencias, anima al cliente a que busque argumentos para refutar su irracionalidad. Para ello se sugiere que el terapeuta adopte el papel de defensor de las ideas irracionales y que pida razones al cliente que le convenzan de que su punto de vista es indefendible. Se pretende que el cliente distinga con claridad entre los deseos («me gustaría», «desearía», etc.) y las exigencias internas, absolutas y dogmáticas («debería», «tengo que», etc.). No es necesario revisar todas las ideas irracionales propuestas por Ellis, y en la mayoría de los casos basta con el análisis de las dos primeras. Sin embargo, dado que en esta fase se recomienda implicar un poco al cliente, para que le resulte más fácil generar contraargumentos realistas, el terapeuta puede optar por analizar las ideas irracionales relacionadas con los problemas específicos que presente el cliente.

4.3. Identificación de automanifestaciones no realistas que determinan emociones no adaptativas

El objetivo de esta fase es que el sujeto identifique las automanifestaciones no realistas que están determinando sus emociones no adaptativas. En ocasiones, después de la fase anterior, y de forma espontánea, los clientes se dan cuenta de que ciertos pensamientos irracionales son relevantes en sus reacciones emocionales. En otras ocasiones, el terapeuta tendrá que ayudar al cliente a reconocer el tipo de creencias o de expectativas no realistas que están influyendo en sus problemas emocionales o conductuales, explorando detenidamente las situaciones específicas de su vida cotidiana que están asociadas a problemas emocionales o de conducta. Para realizar esta búsqueda se pedirá al cliente que

elabore una lista con aquellas situaciones que le generan ansiedad, que las enumere jerárquicamente en función del grado de malestar que le generan y que, a continuación, escriba los pensamientos que cada situación le desencadena. Posteriormente, cliente y terapeuta discutirán la irracionalidad de dichos pensamientos. Se deberá incluir siempre en el debate la probabilidad de que las interpretaciones del cliente sean correctas, y las implicaciones que tiene esa determinada forma de pensar en los acontecimientos. Esta tercera fase llevará al cliente a la conclusión de que es necesario aprender cómo dejar de pensar de forma irracional en determinadas situaciones.

4.4. Modificar creencias no realistas

En esta última fase se pretende que el cliente ponga en práctica lo aprendido teóricamente en las fases anteriores, es decir, sea capaz de reevaluar las situaciones de forma racional, que piense de forma realista antes y durante la situación que le genera malestar emocional. Para ello se entrena al sujeto, mediante ensayos en la imaginación y en vivo, en cómo identificar y modificar sus pensamientos no realistas, utilizando el sentir ansiedad como señal para iniciar el proceso de análisis cognitivo, en situaciones relevantes problemáticas. Posteriormente, se le pedirá que lo lleve a cabo en la vida cotidiana.

Para realizar los ensayos en la imaginación, se le pedirá al sujeto que se imagine vívidamente la primera situación de la jerarquía, la que le genere menos malestar, y que cuando empiece a sentir ansiedad se relaje y empiece a poner en práctica lo aprendido hasta que piense de forma realista y resuelva la situación de forma adecuada para él. Una vez resuelta con éxito la primera situación, se pasará a entrenar la siguiente de la jerarquía y así sucesivamente, hasta abordarlas todas y llegar a las que provocan un mayor malestar emocional.

En los ensayos en vivo se representarán las situaciones *(role-playing)* comenzando, también, por las que menos malestar generen al cliente y no pasando a la siguiente hasta que no esté resuelta con éxito la situación anterior. Si se ve necesario, el terapeuta puede actuar como modelo, pensando en voz alta, para mostrar al cliente cómo una forma de pensar más realista puede competir con las reacciones emocionales negativas. Una vez que el cliente ha ensayado con éxito el procedimiento, se le pide que aplique lo entrenado en la vida real.

5. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Teóricamente, cualquier problema emocional o sentimiento de malestar generado por creencias irracionales activadas ante determinadas situaciones o relaciones interpersonales podría ser tratado por la TREC. Se ha utilizado en una gran variedad de trastornos psicológicos y se ha aplicado individualmente y en grupo. Entre los trastornos abordados se encuentran: problemas sexuales y de pareja, problemas de familia, casos de separación y divorcio, problemas de aserción, control de la ira, fobia social, ansiedad al hablar en público, tartamudez, ansiedad a los exámenes, agorafobia, obsesiones, tabaquismo, problemas de adicción al alcohol y a las drogas, problemas de control de peso, problemas de estudio, en el entrenamiento de atletas de alta competición, en la promoción de hábitos saludables, etc. Sin embargo, es difícil determinar qué problemas son los tratados con éxito por este enfoque terapéutico y qué tipo de clientes son los que más se benefician de él, dado que son escasas las publicaciones experimentales con muestras clínicas y la mayoría de los trabajos publicados son descripciones generales del proceso y del resultado de la terapia llevada a cabo con un solo cliente o estudios experimentales realizados con estudiantes universitarios, con los problemas de validez interna inherentes a los primeros y las limitaciones a la hora de generalizar los resultados a poblaciones clínicas, de los segundos.

A pesar de esto, la investigación muestra que la TREC puede ser útil para ayudar en el afrontamiento del estrés diario, en personas que no han desarrollado problemas, es decir, como medida preventiva; puede mejorar el autoconcepto y se muestra prometedora en la reducción del patrón de conducta tipo A; puede ser de utilidad para tratar la ira, la depresión y la conducta antisocial; reduce la ansiedad general autoinformada, la ansiedad a hablar en pú-

blico y la ansiedad a los exámenes; mejora la ansiedad social y la agorafobia, aunque es menos eficaz que las técnicas conductuales basadas en la exposición, y, por último, puede ser útil en el tratamiento de las disfunciones sexuales pero sólo como parte de un programa conductual más comprensivo (Davison y Neale, 2001). Sin embargo, a pesar de sus aparentes resultados positivos, autores como Brewin (1996) y Blackburn (1998) consideran que, por el momento, la TREC carece de investigaciones bien controladas que permitan afirmar que los patrones de pensamiento son los responsables de los trastornos del sujeto, y su modificación, la causa de la mejoría terapéutica.

Atendiendo a las características de los clientes, se indica, aunque no hay datos empíricos que lo confirmen, que responderán mejor a la TREC los sujetos altos en inteligencia, que valoren los procedimientos del método científico, la lógica y la evidencia (Ellis, 1983) y que sean cognitivamente complejos (Lane y Schwartz, 1987). Además, se considera que no se beneficiarán de este tipo de intervención los sujetos que muestren ira frecuente y grave, que tengan muy baja tolerancia a la frustración y que sean aversivos para los otros (Ellis, 1983) y aquellos que presenten trastornos de personalidad (Haaga y Davison, 1989).

6. EJEMPLO: EL CASO DE MARÍA

María tiene 32 años y trabaja como secretaria en una empresa desde hace dos años y medio. Acude a consulta porque en los últimos meses se siente muy tensa y tiene, con demasiada frecuencia, ganas de llorar sin un motivo aparente. Al delimitar las circunstancias en las que con más frecuencia experimenta estas emociones negativas, se aprecia que es en el ámbito laboral donde más dificultades aparecen. No se siente valorada en la empresa, lo que le genera una serie de reacciones emocionales negativas, como ira, tensión, impotencia y frustración, que a su vez le llevan a comportarse de una forma bastante disfuncional, tanto en lo que respecta al desempeño del trabajo como en la relación que mantiene con sus compañeros y jefes.

Con demasiada frecuencia, según ella, comete errores que no debería cometer. En el momento en que tiene que enfrentarse a una tarea o a una situación novedosa, suele pensar «no voy a poder hacerla» y menciona que desempeña dichas actividades con mucha rigidez y tensión. Por otro lado, reconoce que en el trabajo vive «obsesionada por no meter la pata», de hecho recuerda que «hace unos días cometí un error y cuando me di cuenta me quedé blanca y sentí algo parecido al terror [...] pensé que cómo había podido cometer ese fallo, que parece que no aprendo, que soy inútil [...], todo esto acompañado de una sensación de incompetencia y de enfado conmigo misma».

Además de las entrevistas, en el **proceso de evaluación** se emplearon los siguientes instrumentos:

— Inventario de depresión de Beck[3]. La cliente obtuvo una puntuación de 21 puntos, que, según las categorías de severidad, corresponde a una *depresión moderada.*
— Listado de creencias irracionales de Ellis[4]. Las creencias irracionales en que más alto puntuó fueron: «Para el ser humano adulto es una necesitad extrema el ser amado y aprobado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad» (7 sobre 10) y «Para considerarse a sí mismo valioso hay que ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles» (7 sobre 10).

Una vez finalizada la evaluación, se establecen los **objetivos** y las **técnicas** que se utilizarán en las sesiones de intervención (véase la tabla 22.4).

A continuación se presentan algunas de las situaciones cotidianas registradas por la cliente y que ilustran el esquema A-B-C.

[3] Tomado de Comeche, Díaz y Vallejo Pareja (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

[4] Tomado de Davis, McKay y Eshelman (1985). *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona: Martínez Roca.

TABLA 22.4

Objetivos y técnicas de intervención del caso de María

Objetivos de intervención	Técnicas
— Identificar cómo sus creencias y su forma de pensar y de analizar la información procedente de su entorno son determinantes en la explicación de su estado emocional actual.	— Ilustrar el esquema A-B-C de Ellis explicándole cómo muchas de las creencias o pensamientos (B) que median entre los acontecimientos (A) y el estado emocional negativo (C) son erróneos. — Biblioterapia. M. McKay y P. Fanning (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Capítulo 2: La crítica patológica (pp. 24-37). Barcelona: Martínez Roca.
— Mostrar los pensamientos, las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas que han aparecido durante las sesiones de recogida de información realizadas hasta este momento. — Debatir las ideas irracionales predominantes en la cliente. — Identificar los pensamientos y las ideas irracionales que surgen diariamente.	— Ejemplificar con el esquema A-B-C de Ellis las distintas situaciones que se han detectado en las entrevistas de evaluación. — Diálogo socrático. — Biblioterapia. A. Ellis (1980). *Razón y emoción en psicoterapia* (cap. 3). Bilbao: Desclée de Brouwer. — Autorregistros.
— Sustitución de ideas irracionales por patrones de pensamiento racionales y adaptativos.	— Discusión en las sesiones de terapia de dichas creencias. — Reducción al absurdo. — Tareas para casa: autoaplicación de las técnicas utilizadas en terapia. — Autorregistros. — Biblioterapia. M. McKay, M. Davis y P. Fanning (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Capítulo 3: Cómo combatir los pensamientos deformados (pp. 27-37). Barcelona: Martínez Roca.

SITUACIÓN (A): *Me ha surgido un problema en el trabajo, se me ocurre hacer algo pero prefiero esperar a que venga mi jefe para preguntarle. Me responde justo lo que yo había pensado hacer para resolver el problema.*

PENSAMIENTO (B): *Me digo: eres incapaz de tomar una decisión, le das a todo mil vueltas y te ahogas en un vaso de agua. Nunca serás capaz de tomar una decisión sin estar aterrorizada.*

CONSECUENCIA (C): *Me siento tensa, decepcionada, impotente, inútil.*

Para debatir y eliminar las ideas irracionales, se le formulan a la cliente preguntas que suscitan la discusión y el debate, ayudándole a cuestionar la veracidad de sus pensamientos irracionales. Algunas preguntas que se le formulan para analizar hasta qué punto sus pensamientos se ajustan a la realidad son:

- ¿Qué datos de la realidad justifican o están a favor de este pensamiento (i.e. que eres incapaz de tomar una decisión)?
- ¿Con qué argumentos defenderías este pensamiento ante otra persona, si fuera necesario?
- ¿Hay algunos datos objetivos que invaliden o estén en contra de este pensamiento? ¿Cuáles?
- Si este pensamiento lo tuviera otra persona, ¿qué le diría yo, sin engañarle, para demos-

trarle que está cometiendo un error de interpretación?
— ¿Es éste el único modo posible de interpretar la realidad o existen otras formas alternativas?

Tras la identificación de las situaciones y pensamientos que generan estados emocionales negativos, la cliente debe observar, cuestionar y rebatir persistentemente las creencias irracionales, así como las distorsiones cognitivas.

En los registros que aparecen a continuación se muestra cómo María trabaja con las cogniciones que le llevan a experimentar sentimientos y comportamientos inadecuados:

Situación, pensamiento irracional, consecuencias emocionales y conductuales (A-B-C)

«Ayer tuvimos muchas dificultades con uno de los pedidos que nos hizo un cliente. Tuvo que venir el jefe para resolver el problema **(A).** Me siento incompetente por no haber podido resolverlo sola sin tener que recurrir a nadie. Tengo sensación de incompetencia si no hago todo perfecto, de cabo a rabo. Me flagelo con que debería haberlo resuelto yo sola, debería buscarme la vida sin tener que ir a pedir ayuda; en una palabra: debería tener más recursos **(B).** En los momentos en que sucede esto, tengo una tensión que me produce esta completamente rígida, como bloqueada, y sólo aparece en mi cabeza la sensación de inutilidad **(C).**»

Refutación y creencia racional eficaz (D)

«Ahora debo desarmarlo. Lo primero de todo, no soy una persona sin recursos, me apaño muy bien para muchas cosas, pero no en todo; los recursos también se van aprendiendo con el tiempo, muchas veces se aprenden a medida que uno se va haciendo con el trabajo. Seguramente no hay nadie en el mundo que tenga recursos para absolutamente todo. Tengo que asimilar que no soy una inútil por no valerme por mí misma en todo, no hay nadie que sea completamente autosuficiente.»

Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)

«Me siento menos tensa y más indulgente conmigo misma.»

Tras la finalización del proceso terapéutico, María se siente más relajada en su ámbito laboral, con más recursos para hacer frente a las diferentes tareas que se le encomiendan y, en general, más satisfecha con sí misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Exposición del procedimiento terapéutico y su adaptación a terapias individuales, de pareja, familia o grupo. Se presentan distintos cuestionarios y formularios de autoayuda.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Se recogen los avances más significativos acontecidos en la teoría, técnicas y aplicaciones de la TREC desde 1977.

Lega, L. I., Caballo, V. E. y Allis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI de España.

Descripción detallada de los fundamentos teóricos, el procedimiento terapéutico y las técnicas preferenciales utilizadas en la TREC. Se presentan distintos tipos de cuestionarios para la evaluación de los problemas del cliente, así como diferentes autorregistros para ayudarles a detectar y cambiar ideas irracionales. También se describe cómo llevar la TREC en grupo y cómo abordar, desde esta orientación, los problemas de aserción, la depresión, los trastornos de ansiedad y las disfunciones sexuales.

Yankura, J. y Dryden, W. (2000). *Terapia conductual racional emotiva (REBT). Casos ilustrativos.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Se ilustra la aplicación de la terapia conductual emotiva a los siguientes trastornos psicológicos: trastorno de ansiedad generalizada, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, así como a problemas de ira y hostilidad. En la segunda parte del libro se muestran aplicaciones especiales con niños y adolescentes, con clientes con discapacidades, así como su aplicación a los grupos y a las familias.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Según Ellis, los pensamientos son irracionales porque son:

   a) Falsos y disfuncionales.
   b) Automáticos y falsos.
   c) Ambas opciones son correctas.

2. Las creencias racionales se diferencian de las creencias irracionales porque son:

   a) Irrefutables.
   b) Probabilísticas.
   c) Dogmáticas.

3. ¿Qué tipo de distorsión cognitiva no interactúa, según Ellis, con las creencias irracionales?

   a) Resaltar lo negativo de una situación.
   b) Condenar a las personas.
   c) Interpretar el pensamiento de los demás.

4. ¿Con qué términos define Ellis la perturbación psicológica que se produce cuando el individuo se autocondena por no satisfacer las peticiones absolutas sobre sí mismo, los otros o el mundo?

   a) Ansiedad del yo.
   b) Ansiedad social.
   c) Ansiedad perturbadora.

5. ¿Qué características definen la terapia racional emotivo-conductual?

   a) Activa, no directiva y educativa.
   b) Directiva, educativa y no activa.
   c) Activa, directiva y educativa.

6. ¿Qué características definen el estilo del terapeuta de la terapia racional emotivo-conductual?

   a) Empático y genuino.
   b) Mostrar aceptación incondicional.
   c) Ambas son correctas.

7. Cuando en las entrevistas de evaluación se detectan problemas primarios y secundarios, Ellis sugiere centrarse en primer lugar sobre los:

   a) Primarios.
   b) Secundarios.
   c) Ambos a la vez.

8. ¿Qué elementos del pensamiento irracional se deben detectar una vez encontradas las exigencias internas?

   a) El tremendismo y la condenación.
   b) La ansiedad perturbadora.
   c) Las cogniciones evaluativas.

9. ¿Qué miedos pueden experimentar los clientes al tratar de ayudarles a que piensen de una forma más racional?

   a) Perder las gratificaciones que obtienen con su forma patológica de pensar y actuar.

b) Convertirse en mediocres por abandonar las ideas perfeccionistas.
c) Ambas son correctas.

10. ¿Qué otras técnicas cognitivas o conductuales emplea la TREC?

a) Ensayos de conducta y técnicas humorísticas.
b) La imaginación racional emotiva y el entrenamiento en autoinstrucciones.
c) Ambas son correctas.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	c	a	c	c	b	a	c	c

Terapia cognitiva de Beck 23

ARTURO BADÓS

1. INTRODUCCIÓN

La terapia cognitiva pretende reducir el malestar emocional y las conductas contraproducentes de los pacientes mediante la identificación y modificación de las cogniciones disfuncionales de las que aquéllas dependen. Aaron T. Beck fue el creador de la terapia cognitiva, cuyos orígenes se remontan a 1956. Varios son los factores que influyeron en su surgimiento fueron:

a) Las investigaciones de Beck sobre factores psicoanalíticos específicos de la depresión (hostilidad hacia uno mismo expresada como necesidad de sufrimiento), que proporcionaron resultados contarios a los predichos.

b) Las investigaciones de Beck para delimitar la configuración psicológica propia de la depresión, que destacaron la importancia de las cogniciones distorsionadas sobre uno mismo, el mundo y el futuro y dieron lugar a la elaboración de técnicas para corregir dichas distorsiones. El manual de tratamiento de la depresión fue publicado por Beck et al. (1979/1983) y sigue siendo valioso hoy en día.

c) La contribución de la terapia conductual con su énfasis en el método científico, la investigación empírica y los factores actuales que mantienen el problema. Además, la terapia cognitiva adoptó ciertas características de tratamiento propias de la terapia conductual (estructura de las sesiones, delimitación de objetivos, terapia breve) y reconoció que el cambio conductual es un medio particularmente potente para lograr el cambio en las cogniciones y emociones.

2. BASES TEÓRICAS

La terapia cognitiva se basa en ciertos presupuestos teóricos:

a) El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que experimentan. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Imaginemos que quedamos por primera vez con una persona que nos gusta y ésta no ha aparecido al cabo de media hora. Si nuestra interpretación es que no le interesamos, nos sentiremos tristes y no volveremos a establecer contacto; pero si pensamos que la tardanza se debe a un imprevisto o a una confusión de hora, nuestra reacción emocional y conductual será muy diferente. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

b) Se pueden identificar las cogniciones a través de métodos tales como preguntas, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a ellas.
c) Es posible modificar las cogniciones, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos. Entre los métodos disponibles se cuentan analizar las pruebas a favor y en contra de una idea, buscar interpretaciones alternativas, explorar la utilidad de una cognición y llevar a cabo experimentos para someter a prueba las cogniciones.

La palabra «cogniciones» puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de sesgos y errores en el procesamiento de la información tales como atención selectiva (por ejemplo, atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (por ejemplo, recordar sólo las cosas negativas), sobregeneralización (por ejemplo, creer que tras un fracaso no se tendrá éxito con los pacientes posteriores) o pensamiento dicotómico (por ejemplo, pensar que la gente es buena o mala).

Dentro del contenido, y desde un punto de vista clínico, se han distinguido los siguientes tipos de cogniciones (Beck, 1995/2000):

1. **Pensamientos automáticos.** Son las autoverbalizaciones o imágenes que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos. Un ejemplo sería el paciente agorafóbico que piensa que va a sufrir un infarto cuando nota su corazón acelerado. Los pensamientos automáticos son el resultado de la interacción entre los supuestos y creencias (véase más abajo), los procesos cognitivos y los elementos situacionales.
2. **Supuestos.** Son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo «si entonces»; por ejemplo, «si intento cosas difíciles, seré incapaz de hacerlas». Estos supuestos también pueden manifestarse a través de *normas* (por ejemplo, «debo evitar cosas que sean muy complicadas») y *actitudes* («es terrible cometer un error»). Los supuestos condicionales están a medio camino entre los productos cognitivos y las creencias nucleares.
3. **Creencias nucleares.** Se trata de creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo (por ejemplo, «soy incapaz»), los otros (por ejemplo, «la gente te manipula si puede») y el mundo (por ejemplo, «el mundo es peligroso»). Representan el nivel cognitivo más profundo.

Los supuestos y las creencias (también denominados «esquemas cognitivos») influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. Los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en general, tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activados por un evento significativo que interactúa con ellos. En la figura 23.1 puede verse una representación gráfica del modelo cognitivo.

Se han señalado diversas limitaciones del modelo cognitivo en general y/o de la terapia cognitiva en particular:

a) No se ha demostrado el papel «causal» de las cogniciones; éstas podrían ser un simple correlato o una dimensión más entre otras (sentimientos, conductas, respuestas fisiológicas).
b) No se sabe si la reducción de las cogniciones clave es o no el mecanismo crítico de acción de la terapia cognitiva.
c) Terapias no centradas en modificar las cogniciones consiguen el mismo cambio en éstas que la terapia cognitiva.
d) No todas las personas pueden acceder a las cogniciones que supuestamente mantienen sus problemas. Además, gran parte del proce-

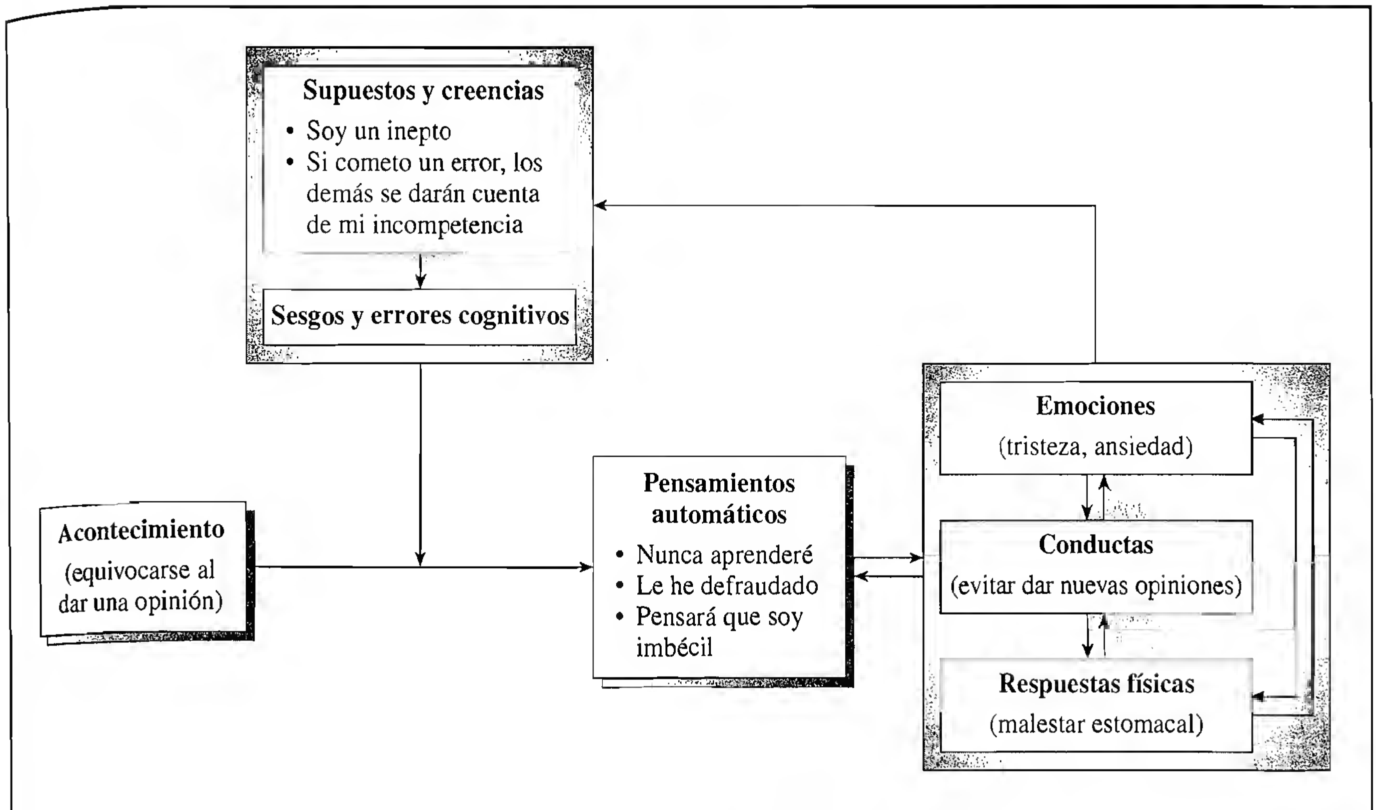


Figura 23.1.—Modelo en que se basa la terapia cognitiva.

samiento cognitivo no es accesible a la conciencia.

e) No siempre es posible modificar las cogniciones de una persona.

f) El cambio cognitivo no siempre supone un cambio emocional.

g) El papel de las emociones es subestimado; éstas influyen mucho en cómo las personas estructuran cognitivamente sus experiencias (Rachman, 1997).

3. PROCEDIMIENTO

La terapia cognitiva tiene una serie de características que la diferencian en su aplicación de otras formas de intervención:

a) Enfatiza la relación entre cogniciones, conducta y emociones, aunque poniendo un énfasis mucho mayor en las primeras.

b) Considera que la formulación individual de cada caso es fundamental para establecer los objetivos terapéuticos y el tratamiento que se seguirá.

c) Destaca la necesidad de una buena relación terapéutica, aunque no la considera suficiente para conseguir el cambio.

d) Proporciona al paciente una nueva forma de comprender sus problemas.

e) Se centra en los factores actuales que contribuyen a mantener los problemas.

f) Supone una colaboración activa entre paciente y terapeuta.

g) Ayuda al paciente a adquirir recursos y habilidades que le permitirán manejar sus problemas de modo autónomo. Entre otras cosas, se enseña al paciente a considerar sus cogniciones como hipótesis, a analizar su validez y utilidad y a ponerlas a prueba mediante experimentos.

h) Tiene una duración breve (menos de 30 sesiones) por lo general, aunque puede extenderse

a uno a dos años en problemas complejos (por ejemplo, trastornos de personalidad).

i) Las sesiones tienen un orden del día y son relativamente estructuradas.

j) Las actividades entre sesiones se consideran una parte fundamental del tratamiento.

k) Utiliza una diversidad de técnicas cognitivas y conductuales y algunas tomadas de otros enfoques (por ejemplo, *mindfulness* o conciencia plena).

A continuación, se explicará cómo suele aplicarse la terapia cognitiva en el caso del trastorno depresivo mayor (sin síntomas psicóticos). Se ha dividido la aplicación en tres fases (véase la tabla 23.1) y dentro de la fase intermedia se han distinguido tres componentes que, aunque siguen una cierta secuenciación temporal, se solapan entre sí. El tratamiento suele abarcar de 15 a 30 sesiones de una hora realizadas dos veces a la semana durante el primer mes, semanalmente después y quincenalmente al final. Posteriormente, puede haber entre tres y cinco sesiones de refuerzo a lo largo de varios meses. De todos modos, conviene tener en cuenta que el contenido concreto de la terapia y le frecuencia y distribución de las sesiones dependen

TABLA 23.1

Aplicación de la terapia cognitiva para la depresión

Fase inicial: evaluación, conceptualización y justificación de la terapia
— Establecer una buena relación terapéutica. — Evaluar las características de la depresión y los factores que influyen en ella. — Compartir el modelo explicativo con el paciente y acordar metas específicas. — Explicar y justificar la terapia cognitiva.
Fase intermedia: activación conductual y cuestionamiento de cogniciones
a) Planificación de actividades: — Registrar actividades y estado de ánimo. — Programar actividades para aumentar el nivel de actividad, la satisfacción y el logro. — Descomponer las actividades en pasos más pequeños cuando sea necesario. *b*) Cuestionamiento de pensamientos automáticos: — Registrar situaciones, emociones y pensamientos automáticos negativos. — Cuestionar verbalmente los pensamientos negativos (pruebas a favor y en contra, interpretaciones alternativas, utilidad). — Realizar experimentos para someter a prueba los pensamientos negativos. *c*) Cuestionamiento de supuestos y creencias: — Identificar supuestos y creencias. — Cuestionar verbal y conductualmente (experimentos) los supuestos y creencias.
Fase final: prevención de recaídas
— Revisar lo aprendido y destacar la necesidad de seguir practicando. — Señalar la posibilidad de contratiempos y recaídas. — Identificar las situaciones de alto riesgo para los contratiempos y los primeros síntomas depresivos que podrían surgir. — Elaborar una lista de estrategias que el paciente considera útiles para afrontar las situaciones de alto riesgo y los primeros signos de depresión.

de las características del paciente y de la depresión y de los factores que influyen en esta última.

3.1. Evaluación, conceptualización y justificación de la terapia

Los puntos fundamentales son:

a) Establecer una buena relación terapéutica basada en la empatía, la autenticidad, la aceptación, la cordialidad y la confianza.
b) Evaluar los problemas del paciente: características de la depresión; factores actuales que contribuyen a ella (por ejemplo, perfeccionismo, falta de asertividad, dificultades familiares, problemas laborales o académicos); historia del problema; tratamientos previos y actuales; motivación, objetivos y expectativas; recursos y limitaciones del paciente; trastornos psicológicos asociados.
c) Compartir y acordar con el paciente un modelo idiosincrásico que explique lo que le pasa.
d) Acordar con el paciente lo que quiere conseguir en cada área problemática identificada. Algunas de estas metas pueden cambiar más tarde y otras nuevas pueden surgir.
e) Explicar en líneas generales y justificar al paciente el tratamiento que se seguirá, y destacar que el cambio es probable. Se anima al paciente a formular las dudas, preguntas u objeciones que tenga con la finalidad de que puedan ser discutidas y pueda alcanzarse un acuerdo al respecto.

En caso de que se detecte un riesgo de suicidio, debe intervenirse lo más pronto posible (véanse, por ejemplo, Beck et al., 1979/1983; Freeman y Reinecke, 1993/1995). Por otra parte, si en la evaluación inicial o posteriormente se descubre que hay personas que están reforzando los síntomas depresivos, será necesario, con el permiso del paciente, hacer una sesión educativa con ellas o implicarlas más intensamente en la terapia.

3.2. Programación de actividades

El registro y la programación de actividades son especialmente importantes cuanto más grave es la depresión y constituyen el primer componente de la fase intermedia. En esta fase comienza el tratamiento propiamente dicho. Las sesiones siguen, por lo general, una estructura que incluye los elementos descritos en la tabla 23.2.

El registro y la programación de actividades incluyen lo siguiente:

a) Registrar cada hora las actividades realizadas y, en una escala de 0 a 10, la satisfacción y logro asociados a ellas. Así, se ponen a prueba ciertos pensamientos (por ejemplo, «no hago nada bueno en todo el día»); además, el autorregistro permite ver la relación entre estado de ánimo y actividad.
b) Programar actividades cada día para aumentar el nivel de actividad, la satisfacción y el logro. Esto incrementa la sensación de control y permite cuestionar pensamientos automáticos (por ejemplo, «soy incapaz de acabar nada»).
c) Descomponer las actividades en pasos más pequeños cuando sea necesario para aumentar las probabilidades de éxito y superar la indecisión.

3.3. Cuestionamiento de pensamientos automáticos

Con las técnicas conductuales mencionadas en el punto anterior, se busca conseguir cambios cognitivos, aunque también se enfatiza, más o menos en paralelo, la adquisición de nuevas habilidades cognitivas. En primer lugar, el paciente aprende a **identificar** los pensamientos negativos con el terapeuta y luego, cuando nota que su estado de ánimo empeora, los va registrando en su medio siguiendo el modelo de las cuatro primeras columnas de la figura 23.2.

TABLA 23.2

Estructura de las sesiones de terapia

1. **Revisión de autoinforme/s** que el cliente ha contestado en casa o justo antes de la sesión.
2. **Breve revisión de la sesión anterior.** Se pregunta al paciente qué cosas le parecieron importantes de la sesión anterior y si hay algo que quiera comentar.
3. **Fijación del orden del día.** Terapeuta y paciente acuerdan qué se va a hacer en la sesión y en qué orden. El paciente desempeña un papel cada vez mayor conforme avanza la terapia.
4. **Revisión de las actividades entre sesiones.** Se trata de ver, con la ayuda de los autorregistros, cómo han ido las actividades acordadas, lo que el paciente ha aprendido de ellas y los posibles obstáculos y dificultades encontrados. Se buscan soluciones para abordar los problemas detectados.
5. **Tema/s principal/es del día.** Se trabajan uno o dos temas previamente acordados entre terapeuta y paciente. Estos temas pueden incluir la discusión de ciertos pensamientos negativos, el trabajo de ciertos contratiempos surgidos durante la semana o la resolución de ciertos problemas (por ejemplo, poca asertividad) que pueden requerir varias sesiones. Si surgen cuestiones no contempladas en el orden del día, terapeuta y paciente deciden si es mejor seguir con éste o introducir un cambio.
6. **Acuerdo sobre nuevas actividades entre sesiones.** Las actividades deben derivarse de lo que se ha trabajado en la sesión, estar claramente descritas y justificadas, y hay que tratar de anticipar posibles dificultades para su realización.
7. **Resumen y retroalimentación del paciente.** Se pide al paciente que resuma los puntos principales que ha aprendido; el terapeuta puede ayudar haciendo preguntas y ofreciendo breves resúmenes. Por otra parte, se pregunta al paciente sobre su reacción global a la sesión y si hay cuestiones que no han quedado claras o han sido poco consideradas.

Fecha	**Situación**	**Emoción/es**	**Pensamientos automáticos**	**Pensamientos alternativos**	**Resultado**
	1. ¿Qué ha pasado? 2. ¿Qué estaba haciendo, pensando o imaginando?	1. ¿Qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.)? 2. ¿Cuán intensa ha sido cada emoción (0-100)?	1. ¿Qué pensamientos ha tenido antes de la emoción/es? 2. ¿Cuánto ha creído en cada uno de ellos (0-100%)?	1. ¿Cuáles son sus pensamientos alternativos a los pensamientos automáticos? 2. ¿Cuánto cree en cada uno de ellos (0-100%)?	1. ¿Cuánto cree ahora en sus pensamientos automáticos (0-100%)? 2. ¿Cómo se siente ahora (0-100)? 3. ¿Qué puede hacer ahora?

Figura 23.2.—Encabezado del autorregistro de pensamientos disfuncionales.

El siguiente paso es **cuestionar verbalmente** los pensamientos negativos asociados al tema que se quiere trabajar. No se trata tanto de dar información al paciente para corregir sus errores cognitivos (esto puede hacerse en ocasiones) como de conseguir que se plantee lo que piensa a través de una serie de preguntas (método socrático). Entre las preguntas útiles que el terapeuta puede hacer al paciente se encuentran las siguientes (posteriormente, el paciente puede hacerse estas preguntas y anotar las respuestas y los resultados en las dos últimas columnas del autorregistro de pensamientos disfuncionales):

— ¿Qué datos existen a favor de este pensamiento? ¿Son realmente favorables estos datos? ¿Qué datos existen en contra de este pensamiento?
— ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Qué habría pensado antes de estar deprimido? ¿Qué le diría una persona en quien confía acerca de lo que piensa? ¿Qué le diría

usted a otra persona que tuviera este pensamiento?
— ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Y lo mejor? ¿Qué es lo más probable que suceda?
— ¿Cuáles son los pros y los contras de esto que cree? ¿Predominan las desventajas sobre las ventajas? ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos?

Los tres primeros apartados de las preguntas anteriores van dirigidos a examinar la validez de los pensamientos. Si el paciente acepta que las cosas pueden ser de otro modo, estará más dispuesto a cambiar y a realizar experimentos conductuales. Por otra parte, el último apartado de preguntas tiene que ver con la utilidad de los pensamientos. Si el paciente concluye que un pensamiento no es útil, puede: *a*) centrar la atención no en el pensamiento, sino en la experiencia inmediata, y *b*) buscar métodos alternativos para lograr los objetivos que desea. Un ejemplo de reestructuración o cuestionamiento verbal puede verse en la tabla 23.3.

TABLA 23.3

Ejemplo de reestructuración verbal

P	Me encuentro sola, me he quedado sin amigas.
T	Esto debe de ser muy doloroso para usted. ¿Qué le hace pensar que se ha quedado sin amigas?
P	Ya no me llaman para salir.
T	Ya veo. ¿Se le ocurre algo en contra de esta idea de que se ha quedado sin amigas?
P	No sé... Bueno, hace unos días C. me llamó diciendo que a ver si me animaba, que hacía mucho que no salía con ellas.
T	Bien. ¿Cómo encaja esto con su idea de que ya no tiene amigas?
P	Me doy cuenta de que no cuadra del todo. Pero ¿por qué no me llaman más?
T	Una posibilidad sería que hubiesen perdido interés por usted. ¿Se le ocurre alguna otra razón?
P	(Silencio.)
T	¿Salió el otro día con C. cuando le llamó?
P	No, estaba muy decaída.
T	¿Le ha pasado esto otras veces que le han llamado?
P	Sí, la verdad es que tengo pocas ganas de salir.
T	Entonces, ¿cuál podría ser otra explicación para que la llamen menos?
P	Quizá piensan que no voy a salir con ellas.
T	Es una buena explicación. ¿Qué podría hacer para saber si es correcta?
P	Podría salir con mis amigas la próxima vez que me llamen.
T	Es una gran idea. ¿Se le ocurre alguna otra posibilidad?
P	¿Llamarlas yo?
T	Excelente, de este modo no tendría que esperar a que la llamaran. ¿Qué le parece?
P	Quizá podría intentarlo.
T	¿Cómo cree que podría organizarlo para llevarlo a cabo? (Para que la paciente realizara la actividad, hubo que reestructurar también su idea de que era preferible esperar a que se sintiera mejor.)

Nota: P = paciente, T = terapeuta.

Cuando se cuestiona verbalmente un pensamiento, puede buscarse que el paciente sea consciente de los errores cognitivos más frecuentes que comete: pensamiento dicotómico, magnificación, minimización, sobregeneralización, personalización, lectura de la mente, filtro mental, etc. Una definición y ejemplos de estos errores pueden verse en Beck (1995/2000, pp. 152-153).

Naturalmente, es posible que lo que piense un paciente sea o pueda ser cierto; así, la señora de la tabla 23.3 podría haberse quedado realmente sin amigas. En estos casos, habría que aplicar la técnica de solución de problemas: considerar con el paciente qué posibles soluciones habría al respecto (por ejemplo, juntarse con grupos de trabajo voluntario o de esparcimiento, contactar con antiguos compañeros, hacerse miembro de organizaciones, partidos políticos o clubes, hacer viajes organizados en grupo), valorarlas, elegir la/s más conveniente/s y aplicarlas. En otros casos (por ejemplo, alguien que es humillado en ocasiones por su pareja), puede ser necesario el empleo de otras intervenciones, como la terapia de pareja y/o el entrenamiento asertivo.

Otra opción cuando lo que piensa el paciente es cierto (por ejemplo, a veces comete algún error en los informes que redacta) puede consistir en preguntarle qué pasa o puede pasar cuando ocurre lo que piensa; luego se examinarían las pruebas de esto para ver hasta qué punto es cierto. Esta vía nos acerca a los supuestos del paciente, tal como se explica luego.

El cuestionamiento verbal de los pensamientos automáticos va seguido de la realización de **experimentos conductuales** para someterlos a prueba. Un experimento puede consistir en hacer o dejar de hacer algo de modo deliberado, observar el comportamiento de otros o preguntar a otros acerca de lo que piensan, sienten o hacen. Varios son los pasos a la hora de diseñar y llevar a cabo un experimento conductual (Bennett-Levy et al., 2004; Wells, 1997):

— **Identificar una o más cogniciones objetivo** y evaluar el grado de creencia (0-100) en la/s misma/s. Un ejemplo de experimento, que incluye este y los siguientes pasos, puede verse en la tabla 23.4.
— **Revisar las pruebas** existentes a favor y en contra de la cognición y, cuando sea posible, desarrollar una perspectiva alternativa y evaluar el grado en que el paciente cree en ella.
— **Hacer una predicción específica** que pueda someterse a prueba y evaluar el grado de creencia en ella.
— **Justificar** la necesidad de llevar a cabo el experimento (cuál es su objetivo).
— **Acordar en qué consistirá exactamente el experimento:** lo que el paciente hará y cómo y los aspectos que se tendrán en cuenta para decidir si la predicción se ha cumplido o no. Es especialmente importante: *a*) escuchar y resolver las dudas y objeciones del paciente y *b*) anticipar posibles dificultades y modos de solucionarlas.
— **Llevar a cabo el experimento** y tomar nota detallada de los resultados.
— **Discutir cómo se llevó a cabo el experimento y los resultados** de éste. Si la predicción no se cumplió, hay que comprobar el grado en que el paciente sigue creyendo en ella; una disminución sugiere la eficacia del procedimiento, mientras que un mantenimiento requiere explorar las razones para el mismo. Para lograr reducir en la medida suficiente el grado de creencia, un experimento puede tener que ser repetido varias veces o bien nuevos experimentos deben ser llevados a cabo.

Si la predicción resultó correcta —lo cual requiere basarse en datos concretos y no en posibles sesgos de percepción o interpretación por parte del paciente—, esto constituye también una información útil. Hay que analizar si el comportamiento y los pensamientos del paciente contribuyeron a los resultados y si la situación puede manejarse de modo diferente la próxima vez. Si una situación no puede cambiarse, habrá que trabajar sobre la forma de enfocarla, de modo que sea vivida de forma diferente. Conviene recalcar que la finalidad de un experimento no es refutar las ideas del paciente, sino someter a prueba una predicción de modo que haya algo que pueda ser aprendido, ya sea que la predicción resulte falsa o no.

TABLA 23.4

Ejemplo de experimento conductual

Problema	M. era una mujer casada, tenía dos niños de 10 y 6 años y había desarrollado un trastorno depresivo mayor tras un período prolongado de estrés laboral y problemas con los hijos, especialmente desobediencia por parte del menor.
Cognición objetivo	«No hago nada bien con mis hijos, sólo cometo errores» (creencia: 80 por 100).
Perspectiva alternativa (tras la discusión de la cognición anterior)	«En realidad, hago muchas cosas bien; lo que pasa es que sólo me fijo en lo que hago mal» (creencia: 20 por 100).
Predicción	«Los que me conocen pensarán que no hago casi nada bien con mis hijos y que cometo muchos errores. Ellos no cometen este tipo de errores» (creencia: 70 por 100.)
Experimento	Se preparó con M. un cuestionario que ella entregaría a su marido, dos hermanas y una amiga. Éstos debían contestar cuán bien (0-10) educaba M. a los niños en diversas áreas, justificar su respuesta y decir si cometía errores en esas áreas, con qué frecuencia y la importancia que tenían. Finalmente, debían decir si ellos cometían el mismo tipo de errores y con qué frecuencia, y hacer una valoración global de cómo educaba M. a sus hijos.
Resultados	Las opiniones fueron claramente positivas en todas las áreas, menos en la de conseguir que su hijo menor la obedeciera. Los errores fueron poco frecuentes y poco importantes, y, además, las otras personas también reconocieron cometer errores.
Discusión	Inicialmente, M. tendió a centrarse en su fallo en conseguir que su hijo la obedeciera, pero se le animó a considerar todas las áreas y a determinar el peso que el área de obediencia tenía para considerar que no lo estaba haciendo bien con sus hijos. Por otra parte, se le hizo ver que los demás también cometían errores y se reconoció que debería trabajarse para conseguir que su hijo la obedeciera.
Conclusión	«Parece que sé educar a mis hijos mejor de lo que pienso; lo que sucede es que no me fijo en lo que hago bien. Es cierto que cometo algunos errores, pero a los demás también les pasa» (50 por 100 de creencia en esto y 50 por 100 en la predicción original). «Por otra parte, queda claro que no sé manejar a H. y tendré que aprender a hacerlo» (creencia: 100 por 100).
Nuevo trabajo	Ir apuntando las cosas que hace bien con sus hijos y leerlas a final del día. Comenzar un entrenamiento en habilidades para lograr que su hijo pequeño siga las normas.

— **Extraer conclusiones** a partir de los resultados. Se pide al paciente que resuma lo que ha aprendido del experimento y que valore su grado de creencia en ello.
— **Planificar qué más conviene hacer.** Por ejemplo, actuar en correspondencia con lo que se ha aprendido o llevar a cabo nuevos experimentos o ciertas acciones (por ejemplo, enseñar ciertas habilidades).

3.4. Cuestionamiento de supuestos y creencias

El trabajo sobre los pensamientos automáticos permite ir identificando y empezar a cuestionar los supuestos y creencias que subyacen a los problemas del paciente; esto se considera básico para prevenir las recaídas. La terapia termina por centrarse en el cuestionamiento intensivo de los supuestos y creen-

cias cuando se ha conseguido un alivio de los síntomas o cuando los esquemas interfieren con la marcha del tratamiento o con el progreso logrado.

Existen varios métodos para identificar supuestos y creencias:

a) Identificar temas generales a partir de los pensamientos, verbalizaciones y acciones del paciente, y de las resistencias a ciertos comportamientos por parte de éste. Ejemplos de estos temas son normas perfeccionistas, preocupación por el rechazo de los demás y visión de uno mismo como inútil.
b) Analizar los pensamientos cuando se producen emociones intensas.
c) Prestar atención a las memorias informadas por el paciente de acontecimientos significativos en su infancia con las figuras de apego.
d) Utilizar un cuestionario de actitudes o creencias disfuncionales.
e) Usar la técnica de la flecha descendente. Este último método se emplea frecuentemente. Para ello, se comienza con alguna de las preguntas siguientes: «si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para usted?» (o «¿qué habría de perturbador en ello?» o «¿qué sucedería?»). Luego, se repite la misma pregunta referida a la nueva respuesta del paciente. El proceso continúa del mismo modo hasta que el paciente es incapaz de dar una nueva respuesta; hay que tener cuidado para que la creencia final identificada sea creíble para el paciente. Un ejemplo de empleo de la flecha descendente es el siguiente:

Me costará hablar con la gente en la boda → Los demás se darán cuenta → Pensarán que soy rara → Soy rara

Para cuestionar los supuestos y creencias (creencias a partir de ahora, para simplificar), se emplea el cuestionamiento verbal y el conductual hasta establecer creencias más realistas y adaptativas. Sin embargo, puesto que las creencias están más arraigadas que los pensamientos automáticos, su modificación requiere más tiempo y puede suscitar mayores resistencias. Por otra parte, se puede poner más énfasis en el origen de las creencias y en las dificultades interpersonales duraderas. Existen varios medios para cuestionar verbalmente las creencias:

— *Examinar las pruebas* a favor y en contra de la creencia. ¿Es cierto que la vida debe ser siempre justa?
— *Analizar la utilidad* de la creencia. Una estrategia valiosa es analizar las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de mantener la creencia. Por ejemplo, las normas perfeccionistas pueden producir actuaciones de alta calidad, pero a costa de ansiedad, problemas con los otros y evitación de oportunidades.
— *Buscar una alternativa* que proporcionaría las ventajas de la creencia disfuncional sin sus desventajas. Así, la creencia «debo valerme siempre por mí mismo, no importa lo mal que me sienta» podría ser reformulada en términos más realistas y útiles: «es bueno saber manejar los propios problemas independientemente. pero como cualquier ser humano necesito ayuda a veces». Las creencias alternativas pueden ser escritas en tarjetas y leídas repetidamente por el paciente hasta que aprenda a comportarse de acuerdo con ellas. Las tarjetas también pueden utilizarse para recordarse las conductas deseadas y escribir argumentos en contra de las creencias disfuncionales.
— *Analizar de dónde proviene la creencia.* En algunos casos, adoptar una perspectiva histórica que ayude a comprender cómo se adquirieron las creencias disfuncionales puede ayudar a distanciarse de ellas. Más importantes aún pueden ser los diálogos imaginarios o las representaciones simuladas con los padres o personas significativas dirigidos a explorar y reinterpretar memorias tempranas afectivamente ligadas con los problemas actuales y a expresar emociones y necesidades insatisfechas.

El cuestionamiento verbal de las creencias disfuncionales debe ser acompañado del cuestiona-

miento conductual y reforzado por los cambios correspondientes en el comportamiento. Los experimentos pueden tener que ser más frecuentes y abarcar un mayor número de situaciones que los realizados al cuestionar los pensamientos automáticos. Entre los diversos tipos de experimentos se encuentran obtener información sobre las normas de otras personas y no dar por supuesto que las de uno son compartidas por todo el mundo, observar el comportamiento de otros para inferir las normas que profesan, actuar contra las propias creencias (por ejemplo, cometer errores o pedir ayuda en el caso de una persona con normas perfeccionistas) y observar las consecuencias y comprobar las nuevas creencias a través de la acción.

3.5. Prevención de recaídas

El cuestionamiento ya hecho de supuestos y creencias contribuye a prevenir las recaídas. Un paso más en esta dirección es preparar al paciente para que sea capaz de seguir adelante por sí mismo, sin la ayuda del terapeuta. Esta preparación incluye los siguientes componentes:

— Recuerdo del modelo explicativo del problema.
— Revisión de las habilidades aprendidas y de lo que se ha conseguido con ellas (incluido el manejo de los contratiempos que sucedieron durante la terapia).
— Énfasis en mantener y mejorar las habilidades adquiridas para conservar o aumentar los cambios logrados.
— Aceptación de que pueden volver a aparecer problemas en la vida que den lugar a síntomas depresivos. Estos síntomas pueden ser un contratiempo (paso temporal hacia atrás) o una recaída (vuelta permanente hacia atrás, parcial o total). Un contratiempo puede transformarse o no en una recaída según como se maneje.
— Identificación de las situaciones de alto riesgo para los contratiempos (por ejemplo, hijos que dejan el hogar, conflicto o separación marital, problemas laborales) y de los primeros síntomas depresivos que podrían surgir según la historia previa del paciente.
— Elaboración de una lista de estrategias que el paciente considera útiles para afrontar las situaciones de alto riesgo y/o los primeros signos de depresión. También pueden hacerse ensayos de contratiempo: el terapeuta expresa los principales pensamientos negativos del paciente y éste responde de forma más adecuada. Se aconseja al paciente que busque apoyo social en caso necesario y que contacte con el terapeuta si su esfuerzo no tiene éxito. Además, pueden programarse sesiones de refuerzo.

Ideas muy útiles sobre la prevención de recaídas pueden encontrarse en Moore y Garland (2003, cap. 10 y apéndice 2).

4. VARIACIONES DE LA TÉCNICA

En sus líneas básicas la terapia cognitiva es similar sea cual sea el problema al que se aplique, aunque varían las cogniciones específicas abordadas (por ejemplo, temas de peligro en ansiedad y de pérdida en depresión) y la combinación y secuenciación de técnicas empleadas.

A continuación se describirá una variante de la terapia cognitiva para la fobia social, basada en el modelo de Clark y Wells (1995) y que puede ser encontrada en forma abreviada en Wells (1997). Puede abarcar hasta 16 sesiones de unos 75-90 minutos (más tres de refuerzo) y, aparte de la evaluación inicial del problema, incluye los siguientes componentes:

a) *Desarrollo con el paciente de una versión individualizada del modelo de Clark y Wells* empleando los pensamientos, imágenes, síntomas de ansiedad, conductas defensivas (por ejemplo, no mirar al otro, pensar mucho lo que se va a decir) y estrategias atencionales del paciente (centrar la atención en sí mismo en vez de en la interacción social).

b) *Demostración experimental de los efectos adversos de la atención centrada en sí mismo y de las conductas defensivas.* El paciente representa una situación social difícil, primero mientras centra la atención en sí mismo y realiza sus conductas defensivas y después mientras centra la atención externamente e intenta eliminar sus conductas defensivas. Luego, se discuten los efectos de ambas actuaciones.

c) *Entrenamiento para focalizar la atención en la situación social en vez de en uno mismo.* Se alienta y se entrena al paciente para que se centre en la situación social externa, reduzca la atención centrada en sí mismo y obtenga información más precisa de cómo reaccionan los demás. Tras el entrenamiento, el paciente practica en cambiar a un foco externo de atención y abandonar sus conductas defensivas en situaciones sociales problemáticas. De este modo, puede comprobar si lo que teme es o no cierto.

d) *Uso de retroalimentación mediante vídeo* para corregir la imagen distorsionada que el paciente tiene de sí mismo. El paciente ve el vídeo del apartado *b* y vídeos de otras ocasiones en que afronta actividades sociales temidas. Este visionado se hace tras una preparación cognitiva que facilita la discrepancia entre su autoimagen negativa y distorsionada y su actuación social objetiva. En concreto, antes de ver el vídeo, se pide al paciente que:

1. Prediga el tipo e intensidad de los síntomas y conductas que mostrará.
2. Imagine claramente cómo cree que aparecerá.
3. Se mire a sí mismo como miraría a un extraño, fijándose sólo en lo que ve y oye en la cinta e ignorando explícitamente lo que siente.

e) *Modificación de la autoimagen negativa* sustituyéndola por otra menos negativa (por ejemplo, una proveniente de una situación social en la que la persona se sintió relajada o más precisa (la derivada del visionado de una interacción propia grabada en vídeo).

f) *Identificación y modificación del procesamiento problemático anticipatorio.* Este procesamiento tiene lugar antes de un evento social y los pensamientos se ven dominados por el recuerdo de fracasos pasados y por predicciones negativas (por ejemplo, «quedaré bloqueado y no sabré que decir»). La identificación se consigue mediante preguntas y autorregistro. La modificación implica analizar las pruebas a favor y en contra de una idea, buscar interpretaciones alternativas y explorar la utilidad del procesamiento anticipatorio.

g) *Experimentos conductuales* en los que el paciente especifica las consecuencias temidas (por ejemplo, «no sabré mantener la conversación») en diversas situaciones sociales y las somete a prueba afrontando dichas situaciones dentro y fuera de la sesión. Para maximizar la disconfirmación, se alienta al paciente a centrar su atención en la situación social y a eliminar las conductas defensivas. Además, se le pide que actúe en contra de sus reglas excesivamente rígidas y que observe las consecuencias.

h) *Identificación y modificación del procesamiento problemático postacontecimiento.* El procesamiento postacontecimiento consiste en revisar detalladamente una interacción social tras la misma; los pacientes se centran en sus síntomas de ansiedad y autopercepciones negativas y, en consecuencia, terminan viendo la interacción como mucho más negativa de lo que realmente fue. Se emplean las mismas técnicas que en la identificación y modificación del procesamiento anticipatorio.

i) *Identificación y modificación de los supuestos y creencias disfuncionales* mediante cuestionamiento verbal y experimentos conductuales. Ejemplos de estos supuestos y creencias son «lo que diga debe ser siempre interesante» y «soy raro». Posibles estrate-

gias para cuestionar el supuesto «si me pongo rojo, todos se reirán de mí» son: examinar toda la gama de reacciones de la gente habidas en el pasado cuando se enrojeció, explorar todos los posibles significados de la risa, realizar una miniencuesta para averiguar las reacciones de la gente y llevar a cabo experimentos tales como observar las reacciones de la gente cuando alguien se pone rojo y ponerse rojo y observar las reacciones de los otros.

j) *Prevención de recaídas.* Sigue una línea similar a la explicada en el apartado 3.5.

5. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Aunque en sus inicios la terapia cognitiva se desarrolló en el contexto de la depresión (Beck et al., 1979/1983), posteriormente, su empleo se ha extendido a otras condiciones clínicas. Así, Beck y sus colegas han publicado manuales y trabajos sobre trastornos de ansiedad (Beck y Emery con Greenberg, 1985), problemas de pareja (Beck, 1988/1990), trastornos por abuso de sustancias (Beck et al., 1993/1999), ira y violencia (Beck, 1999/2003) y trastornos de personalidad (Beck et al., 2003). Aparte de estas obras, otros muchos autores han aplicado la terapia cognitiva o variaciones de ella a una gran diversidad de problemas (véanse, por ejemplo, Bennet-Levy et al., 2004; Caballo, 1998), modalidades de aplicación (grupos, parejas) y grupos de edad (niños, adolescentes) (Freeman et al., 2004).

La terapia cognitiva (incluyendo la terapia cognitivo-conductual) se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar (en combinación con fármacos), trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal), trastornos por abuso de sustancias, juego patológico, algunos trastornos de personalidad (por ejemplo, límite), trastorno negativista desafiante, insomnio, ira, agresión sexual, disfunción eréctil, conflictos de pareja y problemas de salud (por ejemplo, dolor, síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica). Por otra parte, la terapia cognitiva parece un tratamiento prometedor para otros problemas como los trastornos disociativos, los intentos de suicidio, la fibromialgia, los acúfenos, la esquizofrenia y el trastorno de déficit de atención (estos dos últimos en combinación con fármacos) (Butler et al., 2006).

Un desarrollo reciente de la terapia cognitiva es que ha comenzado a ser aplicada a problemas que no se ciñen a una categoría diagnóstica, sino que subyacen a diversos trastornos psicológicos, por ejemplo, evitación del afecto, baja autoestima y problemas interpersonales (Bennet-Levy et al., 2004; Harvey et al., 2004).

Al menos en los trastornos de ansiedad y en el trastorno depresivo mayor, la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico parecen igual de eficaces a corto plazo. En cambio, en seguimientos a un año, el porcentaje de recaídas es mucho menor (la mitad o menos) en la terapia cognitiva. La combinación de terapia cognitiva y fármacos puede potenciar los efectos de ambas intervenciones en el postratamiento, pero no aumenta la eficacia de la primera en seguimientos realizados hasta dos años después. En general, puede decirse que alrededor de un 70 por 100 de los pacientes mejoran con terapia cognitiva y el 50 por 100 se recuperan (el 30 por 100 si se siguen criterios estrictos). Los datos más frecuentes de recaídas en seguimientos a medio plazo oscilan entre el 15 y el 30 por 100.

No parece haber diferencias en eficacia entre la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual (la cual hace más énfasis en los elementos conductuales). Tampoco parece que la eficacia de la terapia cognitiva sea mayor que la de la terapia conductual, la cual aborda la función (utilidad), pero no el contenido (validez) de las cogniciones negativas. Así, Gortner et al. (1998) hallaron con pacientes deprimidos que la eficacia de los elementos conductuales de la terapia cognitiva (activación conductual) no aumentó al añadirles la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos o la reestructuración cognitiva tanto de estos pensamientos como de los esquemas disfuncionales. Los tres

grupos mejoraron por igual tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los dos años. Por otra parte, en un estudio bien diseñado, la activación conductual ha sido igual de eficaz que la terapia cognitiva con los pacientes moderadamente deprimidos, pero más eficaz con los gravemente deprimidos.

6. EJEMPLO DE APLICACIÓN EN UN CASO CONCRETO

Eva era una mujer de 30 años, casada y con una hija, que empezó a tener ataques de pánico hace siete años a raíz de un cambio de trabajo, que le supuso una tensión constante, y la enfermedad terminal de un ser querido. En el momento de venir a consulta, tenía entre siete y ocho ataques por mes (algunos de tipo espontáneo) con muchas sensaciones físicas (inestabilidad, falta de aire, opresión en el pecho, irrealidad, etc.). Estaba muy pendiente de sus sensaciones, las cuales interpretaba como señal de ataque de pánico y de otras consecuencias temidas: caerse al suelo, ahogarse, tener una hemorragia cerebral, hacer el ridículo y «quedarse mal» para siempre. Para prevenir estas consecuencias y los ataques, evitaba muchas situaciones (transporte público, grandes centros comerciales, sitios con mucho calor, ascensores, hacer colas, tomar café) y realizaba conductas defensivas tales como tomar medicación, ir acompañada, colocarse cerca de la salida y respirar hondo, distraerse, sentarse o apoyarse en algo al tener sensaciones. Éstas se veían favorecidas, entre otros factores, por preocupaciones laborales y económicas. Eva no se sentía apoyada por su marido, el cual no acababa de entender lo que le pasaba.

La tabla 23.5 presenta los objetivos de la intervención y las técnicas para conseguirlos. El logro de estos objetivos permitió eliminar los ataques de pánico y reducir en gran medida la preocupación que

TABLA 23.5

Objetivos de la intervención y técnicas encaminadas a conseguirlos

Objetivos	Técnicas
— Acordar un modelo explicativo del problema.	— Derivación conjunta del modelo explicativo. — Experimentos de apoyo al modelo. — Autorregistro de pánico. — Entrevista conjunta con el marido.
— Reducir o eliminar el significado negativo de las sensaciones.	— Información sobre la ansiedad. — Experimentos de inducción de sensaciones.
— Reducir la creencia en las consecuencias temidas situacionalmente activadas. — Afrontar las situaciones evitadas. — Eliminar las conductas defensivas.	— Cuestionamiento verbal. — Experimentos de afrontamiento de las situaciones al tiempo que se eliminan las conductas defensivas.
— Aprender a manejar las preocupaciones.	— Cuestionamiento verbal y conductual de las cogniciones negativas. — Resolución de problemas.
— Prevenir la recaída.	— Revisión de lo aprendido. — Preparación para los contratiempos. — Sesiones de refuerzo.

suscitaban y la interferencia generada por el trastorno agorafóbico.

A partir de preguntas sobre experiencias de la paciente, ésta y el terapeuta llegaron a una conceptualización compartida del problema en la que aparecieron los componentes principales de éste y cómo se relacionaban entre sí (por ejemplo, las conductas defensivas y la evitación contribuían a mantener las interpretaciones negativas de las sensaciones). Se emplearon experimentos que apoyaron la conceptualización (por ejemplo, centrar la atención en sensaciones de determinadas zonas del cuerpo). Luego, se pidió a Eva que completara cada día un autorregistro para identificar los antecedentes de los episodios de ansiedad o pánico, sensaciones, interpretación de éstas y reacciones a la interpretación. Finalmente, se tuvo una reunión conjunta con el marido para compartir el modelo explicativo y lograr su colaboración.

Para cambiar el significado negativo de las sensaciones, se hicieron dos cosas:

a) Proporcionar información sobre la respuesta de ansiedad, sensaciones asociadas, cambios fisiológicos que las explican y beneficios que éstos suponen desde un punto de vista evolutivo.
b) Realizar en la consulta y en casa experimentos de inducción de sensaciones (mediante hiperventilación, retención de respiración y fijación ocular) para someter a prueba las interpretaciones negativas y buscar interpretaciones alternativas.

Las sensaciones fueron similares a las experimentadas durante los ataques y se previno la ocurrencia de conductas defensivas. Para una descripción más detallada de esta y otras partes del tratamiento, véase Wells (1997, cap. 5).

Llegados a este punto, se planteó el afrontamiento gradual de las situaciones evitadas. Para facilitar esto, se identificaron primero las expectativas negativas asociadas a una situación y luego se cuestionaron verbalmente (datos a favor, análisis de si eran realmente favorables, datos en contra, explicaciones alternativas). El siguiente paso fue afrontar la situación, pero no como una exposición pura, sino como un modo de someter a prueba las predicciones de la paciente (experimento conductual). Se enfatizó la eliminación de las conductas defensivas (por ejemplo, sentarse al notarse inestable), ya que impedían comprobar realmente si la predicción negativa se cumplía o no; Eva no debía hacer nada para minimizar la ansiedad e, incluso en una fase final, se le pidió que aumentara sus sensaciones de ansiedad en las situaciones temidas. Algunos experimentos consistieron en simular las consecuencias temidas (por ejemplo, caerse al suelo, primero el terapeuta y luego ella) para comprobar cómo reaccionaban los demás.

Una vez que la paciente fue ganando confianza en sí misma, habló con su psiquiatra para ir reduciendo gradualmente la medicación. Por otra parte, se le empezaron a enseñar recursos para manejar sus preocupaciones laborales y económicas, ya que éstas podían ser un caldo de cultivo para posteriores ataques de pánico. En concreto, se cuestionaron verbal y conductualmente las cogniciones negativas (por ejemplo, «si le digo a mi jefe que no puedo sacar adelante todo el trabajo que me da, pensará que soy una incompetente») y se empleó el entrenamiento en resolución de problemas para analizar sus problemas (por ejemplo, dificultades económicas), generar posibles soluciones y ponerlas en práctica.

Finalmente, de cara a la prevención de recaídas, se siguió un procedimiento muy similar al descrito en el apartado 3.5, pero adaptado a la problemática de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 1979).

Se trata de un libro todavía vigente a pesar de su fecha de publicación. Se describe el modelo cognitivo de la depresión y se presenta detalladamente la intervención típica para este trastorno, incluyendo los diversos tipos de técnicas utilizadas y el manejo de la ideación y de la conducta suicida. Además, se describe sesión por sesión el tratamiento de una paciente.

Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa (original de 1995).

La autora presenta de un modo claro y sencillo el modelo cognitivo, la estructura de las sesiones de terapia cognitiva, la planificación del tratamiento y las técnicas cognitivas y conductuales empleadas en el marco de la terapia cognitiva. El libro está muy bien escrito y se apoya en numerosos ejemplos y transcripciones de un caso no complicado de depresión.

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid: Gedisa (original de 2005).

Esta obra se centra en las dificultades típicas que surgen en la aplicación de la terapia cognitiva, desde el establecimiento de la alianza terapéutica hasta el cuestionamiento de las creencias nucleares, y ofrece guías prácticas para abordarlas. Las explicaciones están apoyadas por múltiples ejemplos y transcripciones que confieren al libro un carácter muy práctico.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A. y Mueller, M. (eds.) (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Los experimentos conductuales son una de las intervenciones más poderosas dentro de la terapia cognitiva. En este libro, pensado tanto para clínicos practicantes como en formación, se explican primero sus fundamentos y cómo diseñarlos. Luego, se ofrecen dos centenares de ejemplos de experimentos conductuales aplicados a 18 grandes tipos de problemas.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuál de los siguientes factores influyó en el surgimiento de la terapia cognitiva?

   a) Los datos favorables a la asociación entre ciertos mecanismos psicoanalíticos y cognitivos a la hora de explicar los trastornos psicopatológicos.
   b) Las investigaciones sobre la comprensión y tratamiento de los trastornos de ansiedad.
   c) El reconocimiento de que el cambio conductual es un medio especialmente potente para lograr el cambio cognitivo y emocional.

2. Creer que el hecho de no haber tenido éxito en la primera cita con una persona que nos gusta significa que tampoco tendremos éxito en las citas con otras personas es un ejemplo del siguiente tipo de sesgo cognitivo:

   a) Atención selectiva.
   b) Sobregeneralización.
   c) Pensamiento dicotómico.

3. «Soy inferior» es un ejemplo de:

   a) Creencia nuclear.
   b) Supuesto cognitivo.
   c) Actitud cognitiva.

4. ¿Cuál de las siguientes es una característica de la terapia cognitiva?

   a) Se centra en los factores históricos que contribuyen a mantener el problema.

b) Las sesiones tienen un orden del día y son relativamente estructuradas.
c) Las actividades entre sesiones se consideran importantes sólo en casos complejos.

5. Las sesiones de terapia cognitiva de la depresión siguen, por lo general, una estructura que incluye uno de los siguientes elementos:

a) Revisar brevemente la sesión anterior.
b) Trabajar uno o dos temas decididos por el terapeuta.
c) Revisar al final de la sesión los autoinformes que el paciente ha traído contestados.

6. En el método socrático, ¿cuál de las siguientes preguntas va encaminada a examinar la validez de un pensamiento?

a) ¿Cuáles son los pros y los contras de esto que cree?
b) ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos?
c) ¿Existen otras interpretaciones alternativas?

7. Señala la respuesta correcta con relación a los experimentos conductuales:

a) Un experimento puede consistir en observar el comportamiento de los otros.
b) La finalidad de un experimento es refutar alguna idea del paciente.
c) Tener que repetir un experimento significa que ha sido mal diseñado.

8. ¿Cuál de las siguientes técnicas **no** va encaminada a cuestionar los supuestos y creencias del paciente?

a) Experimentos conductuales relacionados con las normas que el paciente profesa.
b) Técnica de la flecha descendente.
c) Diálogos imaginarios con los padres para explorar y reinterpretar memorias tempranas.

9. En la terapia cognitiva de la fobia social basada en el modelo de Clark y Wells (1995):

a) Se enseña al paciente en centrar la atención en sí mismo.
b) En la retroalimentación mediante vídeo, se pide al paciente que se mire a sí mismo teniendo en cuenta lo que siente.
c) Se pide al paciente que actúe en contra de sus reglas excesivamente rígidas y que observe las consecuencias.

10. Con relación a la eficacia de la terapia cognitiva:

a) La terapia cognitiva se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento para los trastornos disociativos.
b) No parece que la eficacia de la terapia cognitiva sea mayor que la de la terapia conductual.
c) Al menos en trastornos de ansiedad y depresión mayor, la combinación de terapia cognitiva con fármacos aumenta la eficacia de la primera a corto plazo y en seguimientos de hasta dos años.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	a	b	a	c	a	b	c	b

Técnicas de control del estrés

24

JUAN I. CAPAFONS
DOLORES SOSA

1. INTRODUCCIÓN: EL ESTRÉS

Referirse a técnicas de afrontamiento es hacer referencia ineludiblemente al estrés. El concepto de estrés en el ámbito de la psicología, hasta el último tercio del siglo pasado, planteó más incógnitas que respuestas. Se trataba de un concepto poco definido y normalmente relacionado con ansiedad (estrés era lo externo; ansiedad, la respuesta ante ese estrés). En el último tercio del siglo XX, y fundamentalmente debido a los trabajos de Richard Lazarus, el estrés empieza a ser un concepto bien definido y comienzan a desarrollarse con gran difusión las estrategias de afrontamiento. El estrés, según este autor, es definido como «una relación particular entre la persona y el entorno que es valorada como desbordante o como algo que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar» (Lazarus y Folkman, 1984). La clave de esta definición está en situar al medio y al individuo en igualdad ante el estrés. El estrés no es algo «de fuera», el estrés se asimila a desbordamiento. Y para hacer referencia a desbordamiento, debemos tener en consideración lo que desborda y el desbordado. Lazarus, al introducir esta transacción, aclara de forma contundente los límites del concepto. Un ejemplo: si una habitación está a 22° centígrados podremos afirmar (si el termómetro es fiable, válido, preciso y exacto) que dicha habitación está entre 21 y 23 grados, pero si queremos afirmar que es una habitación *cálida*, no nos bastará el termómetro, deberemos hacer referencia a quién está en la habitación. Afirmar que es cálida cuando está en ella un subsahariano puede ser un grave error (el subsahariano podría definirla perfectamente como fría), afirmar que es cálida cuando está un esquimal puede ser otro error (el calificativo más acertado podría ser el de «ligeramente sofocante»). Por tanto, al hablar de la temperatura de la habitación, es suficiente con el termómetro, pero para hablar de la percepción de dicha temperatura es imprescindible hablar de quién está en ella. En el estrés, hablar de desbordamiento hace referencia ineludiblemente al individuo y a la situación.

Los factores que determinan este desbordamiento han sido excelentemente tratados por el mismo autor a lo largo de su obra. Lazarus señala dos grandes apartados: factores de la persona y factores de la situación. En los factores de persona que pueden modular la percepción de desbordamiento, Lazarus destaca las creencias y los compromisos. Un fenómeno puede estar delimitado por la percepción del individuo y por los esquemas preexistentes sobre ese fenómeno o similar, puede estar delimitado por las *creencias* preexistentes. Así, una situación de examen (casi siempre «estresante») puede estar modulada por la creencia del individuo respecto a sus posibilidades y las repercusiones de su resultado. El individuo que cree que la materia de la que se va a examinar es excesiva y compleja —y que de no aprobarla se romperá su plan de formación— es probable que perciba la situación de examen más desbordante que aquel que percibe la materia de examen como simple y escasa y apenas tiene repercusión un posible suspenso. Los *compromisos* también modulan el nivel de estrés. Cuando estamos en

un atasco, la percepción de estrés es muy diferente en función de qué compromisos tenemos adquiridos para el tiempo en el que estamos en el atasco. Si nada nos compromete, es posible que el atasco sea percibido como tedioso y aburrido, mientras que si algo está en juego que necesita de nuestra presencia es posible que ese mismo atasco genere alto nivel de estrés. Por tanto, compromisos y creencias pueden modular que una misma situación sea menos estresante para un individuo que para otro.

Aunque los factores que Lazarus señala dentro de la situación son diversos, cabe destacar dos especialmente clarificadores para entender los diferentes niveles de estrés. Concretamente, la ambigüedad y la incertidumbre pueden modular de forma importante el estrés. Una situación *ambigua* implica desconocimiento, imprecisión, límites desdibujados y una activación de la interpretación. Una situación así, frente a su contraria (precisión, conocimiento, clara delimitación), incrementa la probablidad de sentir estrés. Cuando somos contratados para un puesto de trabajo en el que no se clarifican las tareas, se desconoce el organigrama y nada sabemos de nuestra ubicación, la probabilidad de que aparezca el desbordamiento es alta en comparación con un puesto de trabajo en el que no se dan estas «características» sino las contrarias. La incertidumbre, por su parte, implica el desconocimiento de qué va a ocurrir, con las interrogantes asociadas de «cuándo ocurrirá, cómo ocurrirá y qué consecuencias acarreará». La historia del ser humano es la historia de la búsqueda de la predicción. Anticipar los hechos es condición de la ciencia y del hombre. Necesitamos saber qué va a ocurrir. Si se permite el chascarrillo, de esta condición humana se nutren los canales meteorológicos (todos queremos saber si mañana lloverá o saldrá el sol) y los teléfonos dedicados a la astrología, el tarot y la adivinación en general (extraordinariamente rentables, para la empresa y la hacienda pública, si nos detenemos en los ingresos que se producen por esta vía).

El estrés, por tanto, se activa por la interacción entre el individuo y el medio. Y en la actualidad conocemos muchos de los factores que modulan su intensidad. Todo ello ha permitido que se desarrollen técnicas para su intervención.

2. LAS TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

Las terapias de entrenamiento en habilidades de afrontamiento se centran en la búsqueda del *equilibrio* que representa el antagonista del estrés (así como la búsqueda de la *seguridad* representa el auténtico antagonista de la fobia en la terapia de exposición; Sosa y Capafons, 2007; Sosa, Díaz y Capafons, 2005). Se asume dentro de esta orientación que la forma de afrontar la situación estresante es el método más efectivo para minimizar el malestar subjetivo y maximizar el ajuste personal.

Las técnicas de afrontamiento fueron diseñadas inicialmente para el tratamiento de la ansiedad, aunque con posteridad se han aplicado a otro tipo de alteraciones. En general, tratan de transmitir al cliente la sensación de que puede llegar a adquirir la capacidad de controlar aspectos que hasta entonces había considerado incontrolables (Avia, 1984). Esta autora también señala que estas técnicas inciden en el aprendizaje de nuevas habilidades para afrontar cualquier situación estresante, al contrario que, por ejemplo, la DS, que funcionaría gracias al principio del contracondicionamiento (Wolpe, 1958). Avia señala como características esenciales de estos procedimientos de afrontamiento las siguientes:

1. Presentación al cliente como métodos activos para el manejo de diferentes situaciones.
2. Posibilidad de ser empleados ante los primeros signos de ansiedad.
3. Diseñados para su utilización en la vida real.

Según Salovey y Singer (1991), mientras que los métodos de reestructuración cognitiva implican la identificación y desafío de los sistemas de creencias generales, los programas de entrenamiento de habilidades de afrontamiento se basan en la elicitación de los contenidos específicos de pensamiento que se generan en situaciones estresantes determinadas.

Mahoney y Arnkoff (1978) estructuraron las terapias cognitivo-conductuales en tres tipos: de reestructuración cognitiva, de habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas. Dentro de las terapias de habilidades de afrontamiento incluyeron

el Entrenamiento en el manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson (1971), el Entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum (1973) y la reestructuración racional sistemática de Goldfried (Goldfried, Decenteceo y Weinberg, 1974). Por su parte, Pérez-Álvarez (1996) incluye dentro de los procedimientos de afrontamiento de situaciones (estrés, miedo, pánico, ira o dolor) las siguientes estrategias de intervención: la *inoculación de estrés* de Meichenbaum, la *desensibilización sistemática de autocontrol de Goldfried*, el modelado encubierto de Cautela, el *entrenamiento en manejo de la ansiedad* de Suinn, el *modelo de aprehensión ansiosa* de Barlow y el *modelo cognitivo del pánico* de Clark. En este capítulo nos vamos a centrar en los dos tratamientos que han despertado mayor interés en la comunidad científica y clínica. Es decir, abordaremos la *inoculación de estrés* de Meichenbaum y el *entrenamiento en manejo de la ansiedad* de Suinn.

3. EL ORIGEN: EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD

3.1. Fundamentación teórica

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad (Sipprelle, 1967; Suinn y Richardson, 1971) representa el primer acercamiento a las técnicas de control del estrés. Dicho entrenamiento surgió para llenar el vacío existente en el área de los tratamientos de los problemas de ansiedad generalizada. La *desensibilización sistemática* había mostrado una clara insuficiencia, tanto desde el punto de vista teórico como procedimental, para hacer frente a este tipo de problemas. Ante este tipo de ansiedad no específica, la estrategia ideada por Wolpe (1958) no resultaba eficaz por la dificultad, y muchas veces imposibilidad, de generar una jerarquía de estímulos o situaciones ansiógenos específicos. En su trabajo inicial de 1971, los autores ya señalaban algunas deficiencias relacionadas con el procedimiento de Wolpe. Una de ellas era el excesivo consumo de tiempo que conllevaba la elaboración de distintas jerarquías para cada uno de los problemas presentados por el cliente, con el consiguiente alargamiento de la duración del tratamiento. Otra aludía a la ausencia de estrategias de afrontamiento generales encaminadas a la preparación de los clientes para afrontar con eficacia futuros problemas. Estas limitaciones condujeron a los autores a desarrollar una aproximación *no específica* para el control de la ansiedad que fuera de corta duración y los dotara de una estrategia general de afrontamiento.

Dado lo difuso de los estímulos que desencadenan la ansiedad generalizada, el procedimiento consiste en enseñar al cliente a prestar atención a los signos que reflejen la aparición de los prolegómenos de una respuesta de ansiedad. Esta técnica, a diferencia de la DS, se basa más en el trabajo con la experiencia de ansiedad en sí misma que con las situaciones que la disparan. Por ello, según los autores de este procedimiento, el cliente puede alcanzar el control de sus estados de ansiedad con independencia de que sea o no capaz de llegar a la determinación de las causas de tales estados.

En un principio el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) se fundamentó en la teoría del impulso sobre la ansiedad. De este último constructo se presentaba una doble conceptualización. Por una parte, la ansiedad suponía una respuesta a estímulos externos e internos. Por otra parte, una vez que la ansiedad aparecía, adquiría propiedades estimulares que influían sobre las respuestas posteriores. Es decir, las respuestas autonómicas asociadas con la ansiedad actuaban como señales que desencadenan y contribuyen a mantener la conducta de evitación. Dada esta conceptualización del problema, los clientes pueden ser entrenados para responder a estas claves o señales discriminativas con estrategias que eliminen la ansiedad a través de un proceso de inhibición recíproca (Suinn y Richardson, 1971). En el EMA se provocan las respuestas de ansiedad para ofrecer la oportunidad de su interrupción con respuestas de relajación (Suinn, 1993). Por tanto, según señalan Suinn y Deffenbacher (1988), la formulación inicial se basaba en los principios del aprendizaje y conceptualizaba la ansiedad como un estado de impulso, postulando que era posible el aprendizaje de determinadas conductas para eliminarlo.

Por consiguiente, el EMA se encuentra encaminado a la identificación de las primeras señales de

ansiedad para poner en práctica nuevas conductas adaptativas que tienen como objetivo disminuir la respuesta de ansiedad. Para conseguirlo, se utilizaban la relajación y otras respuestas incompatibles, aunque posteriormente se abandonó el uso de estas últimas debido sobre todo a la mayor facilidad que suponía el uso de la relajación. En un principio, este método suponía un procedimiento de exposición en vivo a los propios estímulos interoceptivos que suelen generarse en la ansiedad generalizada, trastorno que carece de estímulos exteroceptivos identificables (Pérez-Álvarez, 1996). Posteriormente, a mediados de la década de los sesenta, el EMA se reconceptualizó como una estrategia de autocontrol. Por su parte, autores como Kanfer lo encuadran entre los procedimientos de autogestión junto a la desensibilización autodirigida y la reestructuración racional sistemática (Kanfer, 1987).

3.2. Procedimiento

El EMA es un programa estructurado fundamentalmente en cinco sesiones. Sin embargo, el número total de sesiones puede variar en función del progreso que vaya experimentando el cliente. Se trata de un procedimiento que hace uso de la imaginación, tanto para evocar las situaciones elicitadoras de ansiedad como para utlizarla como potenciador de la relajación, imaginando situaciones especialmente tranquilizadoras para el cliente (Suinn y Deffenbacher, 1988).

Como se ha señalado más arriba, el EMA tiene como metas fundamentales el aprendizaje de las dos habilidades siguientes:

1. La detección de las primeras señales indicadoras de ansiedad.
2. La puesta en práctica de manera inmediata de los procedimientos de relajación aprendidos para la eliminación de la ansiedad, una vez se han detectado estas señales iniciales de ansiedad.

La **primera sesión** implica cuatro pasos:

1. *Justificación teórica de la técnica para el cliente.* El EMA se presenta al cliente como una estrategia terapéutica que supone el entrenamiento en dos aspectos básicos. Primero, en la identificación de los primeros signos de ansiedad y, segundo, en la utilización de diferentes procedimientos de relajación para eliminarla. Además, se le informa de que, una vez domine la relajación, utilizará su propia imaginación para autoinducirse ansiedad con objeto de eliminarla con el empleo de esas técnicas. Finalmente, se insiste en que, como todo entrenamiento, el EMA se sustenta en la práctica continua y sistemática, por lo cual la práctica en casa es esencial para el éxito de todo el procedimiento.
2. *Desarrollo de escenas de relajación.* La escena de relajación debe describir una situación real que se encuentre asociada con sentimientos de calma o tranquilidad y que incluya información sensorial suficiente para su representación vívida.
3. *Entrenamiento en relajación.* Utiliza el procedimiento típico del método de relajación muscular profunda de Jacobson (1938). Una vez relajado el cliente, se le indica que imagine la escena de relajación del paso anterior para incrementar la profundidad.
4. *Asignación de tareas para casa.* Tanto al terminar esta primera sesión como en la finalización de las siguientes, al cliente se le asignan tareas para que practique en el período intersesiones los ejercicios realizados en la consulta. Asimismo, al final de cada sesión se comprueba el grado de adquisición de las habilidades trabajadas.

Por lo que respecta a esta primera sesión, debe practicar la técnica de Jacobson cinco de los siguientes siete días sin la escena relajante. Además, debe realizar registros diarios tanto de la práctica de la relajación como de las experiencias estresantes. Ayuda a la realización de los registros facilitar a los clientes hojas que recojan los apartados que aparecen en la tabla 24.1.

TABLA 24.1

Información recogida en los registros que deben cumplimentar los clientes

Registro de relajación

Día y hora de la práctica	Ansiedad antes (0-10)	Ansiedad después (0-10)	Áreas fáciles de relajar	Áreas difíciles de relajar

Registro de estrés

Día y hora	Simulación estresante	Nivel de estrés (0-10)

Segunda sesión. Esta sesión y las sesiones siguientes comienzan con el examen del trabajo realizado por el cliente y del progreso que éste haya ido experimentando y que ha ido reflejando en los registros. Además, se analizan las posibles dificultades que le hayan podido surgir a la hora de realizar las tareas asignadas. Tras la revisión de tareas mencionada, se comienza con la sesión propiamente dicha, que, como la primera, implica cuatro pasos:

1. *Identificación de una escena de ansiedad.* Se le solicitan al cliente escenas reales de su vida que sean capaces de evocar en él niveles de ansiedad medios (6 en una escala de 0 a 10). Es de destacar que las escenas adecuadas no deben incluir elementos que supongan evitación o escape.
2. *Relajación.* En esta fase el terapeuta de EMA da instrucciones de relajación al cliente sin el empleo del componente de tensión del procedimiento de Jacobson. Tras veinte minutos de relajación, el cliente debe imaginar la escena relajante.
3. *Activación de la ansiedad y relajación.* Una vez relajado el cliente, se procede a elicitar la ansiedad a través del empleo de la escena ansiógena seleccionada. Después de 10 o 15 segundos de imaginación de esta escena, ésta se retira y se introduce la escena relajante. Esta secuencia se repite durante toda la sesión, con la diferencia de que la *vivencia* de la escena ansiógena debe mantener durante 20 o 30 segundos.
4. *Tareas para casa.* Se requiere al cliente que practique, al menos una vez al día, la relajación en situaciones de su vida cotidiana —fuera de su casa— que supongan niveles muy bajos de ansiedad (por ejemplo, en el autobús, en una sala de espera).

Tercera sesión. Esta sesión añade dos nuevas fases a las de la sesión anterior.

1. *Relajación iniciada por el cliente.* A diferencia de las sesiones precedentes, en esta sesión el cliente se relaja por sí solo utilizando los recursos aprendidos. En este caso, el terapeuta se limitará a esperar la señal que le indique que el cliente ha conseguido relajarse y cambiará al siguiente paso.
2. *Activación de la ansiedad.* El terapeuta solicita al cliente que imagine la escena ansió-

gena y, una vez logrado un nivel de ansiedad de 6, se continúa con el punto tres.

3. *Atención a los síntomas de ansiedad.* Se dan instrucciones al cliente para que centre su atención en sus propias manifestaciones de ansiedad (fisiológicas, motoras y cognitivas).
4. *Vuelta a la relajación.* En este caso, el terapeuta vuelve a tomar el control y describe al cliente los detalles de la escena relajante.
5. *Repetición del ciclo.* Se practica la secuencia activación de la ansiedad-atención a los síntomas de ansiedad-vuelta a la relajación (este ciclo se repite de tres a cinco veces).
6. *Tareas para casa.* Debe continuarse con la práctica de la relajación, incrementándose ligeramente el nivel ansiógeno de las situaciones en las que se practica. Además, debe añadirse a los registros de estrés una columna de *resultados del afrontamiento* (también en una escala de 0 a 10).

Cuarta sesión. Esta sesión implica la innovación de localizar una escena ansiógena de 9 sobre 10, que se alternará con la escena ansiógena de 6 utilizada en las sesiones anteriores. En caso de que ésta haya perdido capacidad ansiógena, se identificará otra nueva situación del mismo nivel. Además, en esta sesión el cliente gozará de mayor autonomía a la hora de decidir cuándo dar por finalizada la escena ansiógena y comenzar la relajación. La asignación de tareas para casa de las sesiones precedentes se complementa, en esta sesión, con el chequeo rutinario por parte del cliente de las señales de aviso tempranas de ansiedad y el inicio de las estrategias de afrontamiento en caso necesario. Estas actividades se llevan a cabo varias veces al día, teniendo en cuenta o bien el momento (mañana, mediodía, tarde y noche), o bien determinadas actividades ansiógenas que experimenta el cliente.

Quinta sesión. Una vez el cliente ha practicado y comenzado a dominar la técnica, es conveniente que asuma, finalmente, todo el control y sea quien marque las pautas del desarrollo de la sesión. El terapeuta, por su parte, se limitará a indicar la activación de las escenas ansiógenas. Por lo tanto, la sesión comenzará relajándose el cliente por sí mismo, advertirá al terapeuta una vez lo haya conseguido, éste le indicará la activación de la escena y el cliente pondrá en marcha las estrategias de relajación en caso de notar tensión, manteniendo presente la escena en su imaginación. Como en la sesión anterior, se alternarán escenas de distinto nivel ansiógeno (de 6 y 9).

El formato de esta quinta sesión se repite, en caso necesario, hasta que el cliente logra un dominio completo de la técnica. Lo más frecuente es que esta sesión se repita alrededor de dos veces más, cambiando las escenas ansiógenas en caso de que hayan perdido su capacidad para elicitar ansiedad. Finalmente, se propone al cliente la realización de una prueba en vivo para comprobar la mejora experimentada.

4. ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Según Janis (1983), las raíces del término *inoculación de estrés* se encuentran en la denominación de un curso que el ejército estadounidense aplicaba a sus soldados durante la Segunda Guerra Mundial (al que llamaban *battle inoculation*). Posteriormente en 1951 y 1958, este autor —basándose en su experiencia en desarrollar técnicas de afrontamiento a la ansiedad generada por las intervenciones quirúrgicas— propuso el término *inoculación emocional*, como una forma de prevenir reacciones traumáticas y ayudar a la gente a afrontar de manera más efectiva cualquier tipo de ansiedad anticipatoria. No obstante, el propio autor reconoce que el término *inoculación de estrés* es más apropiado que el suyo. Éste fue introducido por primera vez por Meichenbaum y Cameron en 1973. Dos años después Meichenbaum, Turk y Burstein (1975) esbozaron varias líneas maestras para el desarrollo de un programa de habilidades de afrontamiento que serían incorporadas, finalmente, en la obra de Meichenbaum de 1977 en la que ya se desarrollaba el procedimiento como tal.

En un principio, el procedimiento fue aplicado para prevenir las consecuencias psicológicas dañinas de la exposición a situaciones estresantes tales

como: desmoralización, fobias y trastornos psicosomáticos, centrándose para ello en las habilidades cognitivas y de relajación. Con el tiempo, el EIE se ha aplicado como una estrategia terapéutica para intervenir sobre clientes que ya sufren trastornos relacionados con el estrés, paliando o eliminando la sintomatología. Y ya en la actualidad, al EIE se le considera no como una técnica aislada, sino como un modelo general de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible (Meichenbaum, 1987).

4.1. Fundamentación teórica

La idea fundamental que inspiró la creación y posterior desarrollo de la técnica de *inoculación de estrés* proviene del principio de la inoculación médica contra la enfermedad (Meichenbaum, 1988). Así como en medicina se utiliza la inoculación con el objeto de preparar al organismo para enfrentarse adecuadamente a la enfermedad, la estrategia creada por Meichenbaum pretende enseñar a la persona un conjunto de habilidades que le capaciten para enfrentarse con éxito a los problemas que le surjan en la vida diaria. En medicina, las vacunas consisten en virus o bacterias en dosis pequeñas o atenuadas en cuanto a la virulencia de su acción nociva; una de las habilidades que trata de transmitir el terapeuta al cliente con la inoculación de estrés consiste en la parcelación o dosificación del evento estresante en pequeñas fracciones que resulten más manejables, de manera que la persona aprenda a enfrentarse con éxito a situaciones de estrés moderado y sea capaz de generalizar luego este aprendizaje a situaciones de estrés más intenso. No obstante, este paralelismo puede ser muy desafortunado, ya que en la medicina vírica una condición imprescindible es conocer al agente que provoca la enfermedad para poderlo aislar e inocularlo de forma controlada. En el ámbito de los trastornos psicológicos esta opción monocausal suele estar muy alejada de la realidad. Un fenómeno psicopatológico por lo general implica una concepción multicausal. Otra limitación de este paralelismo es que la terapéutica en el caso de la medicina implica muy poco esfuerzo y recursos por parte del paciente. El paciente es un agente pasivo que deja hacer a la naturaleza una vez se inocula el virus (el «trabajo» lo hace el sistema inmunológico heredado de los homínidos), mientras que pocos programas de intervención psicológicos implican mayor acción por parte del cliente que las técnicas de control del estrés.

El EIE, realmente, emplea un modelo de amplio espectro para la comprensión y el tratamiento de los problemas. Se centra en las relaciones de interdependencia que ocurren entre distintos tipos de variables: afectivas, fisiológicas, conductuales, cognitivas y socioambientales. Además, este modelo no presupone una centralidad ni una influencia causal primaria de ninguno de los factores señalados (Deffenbacher, 1995). Según Meichenbaum (1997), el EIE surgió al intentar la integración de los resultados obtenidos al investigar el papel de los factores tanto cognitivos como afectivos en los procesos de afrontamiento, con técnicas que surgían de la modificación cognitiva del comportamiento.

Se fundamenta sobre todo en dos aportaciones teóricas fundamentales: el modelo transaccional de Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1986) y el modelo de afrontamiento de Murphy (1962). De este último modelo, que proponía una gran variedad de estrategias de afrontamiento para los niños, Meichenbaum adoptó el sistema de fases de aproximación a los estímulos ansiógenos.

En cuanto al modelo de Lazarus, como señalamos al comienzo del capítulo, el estrés era considerado o bien como una entidad separada del individuo que provocaba malestar (estímulo), o bien como el malestar mismo (respuesta). La novedad introducida por Lazarus fue la conceptualización del estrés como el resultado de una transacción entre la persona y su ambiente. Es decir, el estrés es un concepto relacional que está mediado por procesos cognitivos como el de la valoración. Se trata de un concepto dinámico, cambiante y bidireccional entre la persona y el entorno (Lazarus y Folkman, 1984). Esta aportación se ve reflejada en la conceptualización de Meichenbaun sobre las respuestas de miedo o cólera. Según él, estas respuestas son el fruto de la interacción entre dos elementos diferentes. Por

una parte, se alcanza un elevado estado de activación fisiológica y, por otra, se pone en marcha un proceso de atribución que interpreta cognitivamente la situación como amenazante y atribuye la activación fisiológica al miedo o a la cólera. Desde este enfoque se define el afrontamiento como *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

Meichenbaum considera que su modelo constituye un paradigma de tratamiento (Meichenbaum y Cameron, 1987). Afirma que el EIE ha ejercido una gran influencia sobre la estructura de las estrategias de intervención que han surgido con posterioridad en terapia de conducta, especialmente sobre aquellas que se enmarcan en la perspectiva cognitivo-conductual.

4.2. Procedimiento

El estilo del EIE va en la línea de lo planteado en los años setenta en el ámbito de las técnicas de autocontrol: conseguir que el cliente se implique en la terapia como un colaborador, que cliente y terapeuta formen un equipo. Se trata de convertir al cliente en un aliado de la terapia. Así, se persigue que sea un «experto» en la recogida de la información que se necesite para el tratamiento, de facultarlo en la detección de las mínimas señales de estrés (Meichenbaum y Jaremko, 2007). Con ello, se consigue que sea capaz de interrumpir estos brotes incipientes de malestar y que modifique su línea de conducta por otra más adaptativa, que favorezca la reducción del estrés en vez de su intensificación.

El protocolo de entrenamiento en *inoculación de estrés* está formado por tres fases claramente diferenciadas: fase de conceptualización, fase de adquisición y ensayo de habilidades y, finalmente, fase de aplicación y consolidación de éstas. A continuación pasamos a describir de manera resumida las fases del procedimiento planteadas por Meichenbaum (1987).

1. Fase de conceptualización o educativa

En el EIE, Meichenbaum da una gran importancia a la relación cliente-terapeuta, asumiendo los principios humanistas de aceptación, comprensión y aprecio. Insiste en la conveniencia de mantener un trato exquisito y de consideración extrema hacia el cliente para que éste pueda revelar con más comodidad información delicada y sienta la situación terapéutica bajo su control. En el EIE, el terapeuta plantea la búsqueda de información como una labor de investigación en la que ambos, cliente y terapeuta, trabajen juntos como detectives, para alcanzar una mejor comprensión de todos los aspectos relevantes del problema. El terapeuta actúa de forma más socrática que didáctica y expone sus ideas siempre a título experimental para favorecer que el cliente se exprese libremente. Todo ello contribuye a facilitar la eliminación de las posibles resistencias del cliente al cambio terapéutico. Esta primera fase se compone de dos partes importantes:

Recogida e integración de los datos. En este clima terapéutico se lleva a cabo la entrevista. Se persigue la definición del problema, concretando su naturaleza, su gravedad y su nivel de generalización (duración y grado de extensión a distintos ámbitos: casa, trabajo, etc.). También se intenta llevar a cabo un acercamiento a los procesos etiológicos responsables del inicio y mantenimiento del problema (antecedentes y consecuentes), sin olvidar los factores que están contribuyendo a su intensificación o alivio. Asimismo, se solicita del cliente que sugiera nuevas vías de búsqueda de información acerca de su problema, y que plantee posibles soluciones a éste.

Toda esta información obtenida mediante la entrevista se puede confirmar o ampliar con la administración de pruebas psicológicas, evaluaciones conductuales, autorregistro y la técnica denominada *recuerdo mediante imágenes,* que consiste en revivir mentalmente experiencias de estrés concretas para la detección de pensamientos, sentimientos, aspectos situacionales, etc., que se relacionan con ellas. En cuanto al autorregistro, debemos destacar que este enfoque insiste sobre la idea de que

terapeuta y cliente deben llegar a ser colaboradores con una mentalidad científica que insista en la comprobación de las hipótesis compartidas por el equipo de trabajo que forman, no sólo para llevar a cabo el autorregistro, sino como estrategia general para todo el programa. Dentro de este marco de colaboración se debe hacer protagonista al cliente pidiéndole que sugiera posibles estrategias para detectar las variables que influyen en su problema, teniendo en cuenta que nunca deben solicitarse al cliente metas o tareas que le resulten excesivamente difíciles.

El terapeuta debe comprobar que el cliente ha comprendido todas las instrucciones (por ejemplo, invirtiendo los papeles para que lo explique el cliente). Para lograr la realización de todos los autorregistros, es conveniente que el terapeuta prevea su posible incumplimiento, examinando las posibles dificultades concretas que le puedan surgir al cliente a la hora de llevarlo a cabo.

Tras la recogida de toda la información pertinente, se lleva a cabo un proceso de *reconceptualización del problema del cliente.* En éste se le proporciona al cliente un modelo explicativo en el que se integre toda la información aportada y que sirva al cliente para entender que los estímulos estresantes y sus síntomas están mediados por procesos de interpretación. Con ello, el cliente puede constatar que sus problemas son susceptibles de ser acometidos con éxito. Es en esta fase cuando las aportaciones de Lazarus pueden ser especialmente útiles para que el cliente reconvierta el problema, para que tome una nueva perspectiva de su sintomatología y de los determinantes de ésta. El uso del ejemplo, de la comparación y de la metáfora representa una vía muy adecuada para conseguir la correcta reformulación del problema.

2. Fase de adquisición de habilidades y fase de ensayo

Una vez completada la fase anterior, se comienza a entrenar en aquellas habilidades en las que el cliente posee menos dominio o de las que carece por completo. La investigación no ha aportado datos suficientes como para establecer un orden prefijado de adquisición de nuevas habilidades. No obstante, el autor menciona que en la práctica del EIE se suele comenzar por *el entrenamiento en relajación,* cuya necesidad debe surgir del proceso de conceptualización. La relajación debe presentarse al cliente como una herramienta activa para afrontar el estrés complementando la relajación muscular con actividades físicas. Asimismo, se recomienda aprovechar las estrategias que, según la experiencia personal del cliente, puedan resultar de utilidad.

Del proceso de reconceptualización se extrae que los pensamiento e imágenes influyen o determinan las reacciones de estrés; por ello se deben utilizar estrategias cognitivas, como la *reestructuración cognitiva,* la *resolución de problemas* y el *entrenamiento autoinstruccional.*

Respecto a la primera, la *reestructuración cognitiva,* se basa en la terapia cognitiva de Beck. Se utiliza la evocación e interpretación de acontecimientos por parte del cliente, la recogida de pruebas a favor y en contra de estas interpretaciones y la elaboración de experimentos personales, idea que se recoge del concepto de *empirismo colaborador* de Hollon y Beck (1979), tomando las conclusiones del cliente como hipótesis que han de ponerse a prueba.

En cuanto al procedimiento de *resolución de problemas*, dentro del EIE, Meichenbaum se basa en autores como D'Zurilla y Nezu (1982) o Goldfried y Davison (1976). Como en esta obra existe otro capítulo dedicado a desarrollar las técnicas de solución de problemas, no vamos a entrar aquí a describir el procedimiento típico que se sigue a la hora de aplicarlas.

Finalmente, por lo que respecta al *entrenamiento autoinstruccional,* se pretende preparar al cliente para enfrentarse a los estresores y afrontarlos con éxito. Esto se lleva a cabo utilizando estrategias cognitivas específicas consistentes en frases preparadas de antemano para afrontar el estresor. Meichenbaum insiste en las diferencias existentes entre este autodiálogo dirigido y otros métodos con los que guarda alguna semejanza. Así, no se utilizan autofrases de dudosa credibilidad como las empleadas en el

pensamiento positivo ni se deben memorizar pensamientos y repetirlos de forma mecánica como proponía Coué. Lo que persigue el EIE es la adopción de una postura de resolución de problemas y que el cliente colabore en la elaboración de afirmaciones adecuadas a la fase de afrontamiento en la que se encuentra: preparación previa al enfrentamiento con el estresor; confrontación con éste; afrontamiento de las dificultades que surjan en la confrontación, y, finalmente, valoración de los esfuerzos realizados y, en su caso, autorreforzamiento.

En general es útil en esta fase diferenciar con el cliente entre el cambio hacia el interior (relajación, control cognitivo y control emocional) —el individuo aprende a controlar el estrés poniendo en marcha el cambio de uno mismo— y el cambio hacia el exterior (solución de problemas, técnicas de aserción personal, control ambiental), que persigue que el paciente sea capaz de cambiar su entorno. Detrás de este planteamiento está la famosa frase que algunos atribuyen a Nehibur y otros a San Agustín: «Señor, concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las cosas que sí puedo y sabiduría para reconocer la diferencia».

3. Fase de aplicación y consolidación

Una vez que se han entrenado las habilidades necesarias, es el momento en el que se introduce al cliente en la fase de *aplicación y consolidación* de éstas. En esta fase debe realizarse un recorrido gradual, que lleve al cliente del ensayo en la imaginación a la aplicación en la situación real. Un factor importante en el EIE es la prevención de recaídas, que debe considerar la identificación y tratamiento de los factores que podrían contribuir a provocarlas. Meichenbaum incluye en su procedimiento ejercicios de *recaída programada* para aumentar la sensación de autoeficacia en el cliente. De cara a la consolidación de las ganancias terapéuticas, se recomienda el espaciamiento de las sesiones, con la inclusión de sesiones de seguimiento, y la comunicación al cliente de la permanente disponibilidad del terapeuta en caso de necesidad.

5. APLICACIONES DE LAS TÉCNICAS DE CONTROL DEL ESTRÉS

Dobson (1988) ha señalado que el EMA ha permanecido como una técnica cognitivo-conductual más bien oscura debido a la carencia de estudios experimentales llevados a cabo para esclarecer su eficacia. Sin embargo, existen algunos estudios que aportan datos esperanzadores que pasamos a describir a continuación.

Aunque este procedimiento fue diseñado para la resolución de la ansiedad generalizada, también ha mostrado eficacia frente a problemas de ansiedad más circunscritos. Así, se ha mostrado más eficaz que los grupos de control frente a la ansiedad ante los exámenes y las matemáticas (Deffenbacher y Shelton, 1978; Richardson y Suinn, 1973; Suinn y Richardson, 1971). Además, en estos estudios el EMA se equiparó en eficacia a la desensibilización sistemática. En el estudio realizado por Deffenbacher y Shelton, también se tomaron medidas de ansiedad-rasgo, viéndose que el EMA era superior a la DS a la hora de disminuir esta variable. El EMA se ha comparado también con la DS de autocontrol para el tratamiento de la ansiedad general y la ansiedad ante los exámenes (Deffenbacher, Michaels, Michaels y Daley, 1980). En este estudio, el EMA se mostró superior al grupo control y equivalente a la DS de autocontrol. Otro grupo de trabajo (Hutchings, Denney, Basgall y Houston, 1980) observó que el EMA era eficaz para la reducción de los niveles autoinformados y fisiológicos de la ansiedad general. Las ganancias terapéuticas se extendieron a la reducción del neuroticismo y de la variable ansiedad-estado. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento realizado un año más tarde.

Todos los estudios anteriormente citados se llevaron a cabo con estudiantes universitarios. No ocurrió lo mismo con Cragan y Deffenbacher (1984), quienes encontraron resultados similares a los anteriores con clientes ambulatorios que habían recibido el diagnóstico de ansiedad generalizada.

Según Suinn y Deffenbacher (1988), el EMA puede ser el tratamiento de elección de las personas cuyo problema principal sea la tensión y la ansiedad. Pero añaden que puede resultar de utilidad

como componente de un programa terapéutico más amplio para otros problemas como la cólera (Deffenbacher, Demm y Brandon, 1986), el patrón de tipo A (Kelly y Stone, 1987) y la fobia social (Butler, Cullington, Munby, Amies y Gelder, 1984).

Ante este panorama de aplicación y de investigación, pensamos que es algo exagerada la afirmación de Deffenbacher (1997), quien concluye de manera un tanto optimista que el entrenamiento en el manejo de la ansiedad es una estrategia terapéutica *sólida y bien establecida* (p. 246), con numerosos estudios publicados que la avalan. Probablemente sea más ajustado a la realidad sostener que el EMA es una alternativa interesante en el ámbito de las terapias ante el estrés en función de las características que el cliente presente.

En cuanto al entrenamiento en inoculación de estrés, el panorama es bien distinto. Existe un extenso volumen de trabajos clínicos y de investigación sobre su aplicación y el nivel de eficiencia que aporta. Aunque este voluminoso cuerpo de investigación no siempre ha sido concluyente ni ha dispuesto de los controles suficientes. Con todo, no es exagerado afirmar que el EIE es una estrategia que ofrece resultados positivos.

Cuando se realiza una revisión exhaustiva de la bibliografía existente acerca de la eficacia del EIE, se puede comprobar que el número de estudios que aportan datos a favor de la eficacia de este procedimiento resulta abrumador. Tanto es así que el propio autor de la técnica (Meichenbaum, 1997) ha necesitado resumir en cuatro grandes áreas de aplicación los estudios que apoyan la eficacia del EIE. Estas áreas son las siguientes:

a) *Estresores intensos de corta duración* en áreas tales como la preparación para las revisiones médicas, cirugía y evaluación de la ejecución (competición atlética, hablar en público, etc.).
b) *Estresores episódicos de larga duración* tales como combates militares y condiciones físicas episódicas (dolores de cabeza recurrentes).
c) *Estresores prolongados* tales como una enfermedad médica, estrés laboral prolongado (trabajo de policía, enseñanza, etc.).
d) *Problemas subsecuentes a la exposición a sucesos estresantes* (desastres naturales, violaciones, desempleo, divorcio).

Sin embargo, como afirman Muñoz y Larroy (1995), muchos autores han mostrado cierto escepticismo, avalado por algunos datos, respecto a dos cuestiones que necesitan ser investigadas con más profundidad para llegar a su esclarecimiento. La primera de ellas hace referencia a la eficacia del EIE en comparación con otras técnicas más económicas en cuanto a tiempo, esfuerzo y complejidad. La segunda alude a la eficacia diferencial de cada una de las fases del programa. En líneas generales, nos encontramos ante un paquete terapéutico que tiene en la flexibilidad su mayor virtud y defecto. Virtud, por cuanto advierte de la necesidad de adaptarse a las peculiaridades del cliente y su trastorno; defecto, por cuanto no da claras directrices de cómo aplicar dicha flexibilidad, dejando para el terapeuta la mayor cota de responsabilidad a la hora de tomar decisiones. De ahí que, en la actualidad, surjan programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento que intenten fomentar una guía más pautada para el terapeuta en función de grupos de clientes (enfermos crónicos, profesionales de alto riesgo, estrés interpersonal, etc.). Por ejemplo, el trabajo llevado a cabo por los autores de este capítulo en la Universidad de La Laguna con pacientes oncológicos en el que se estipulan un número concreto de sesiones con un contenido maestro por sesión (técnicas de relajación, expresión de emociones, estrategias de planificación vital, técnicas de comunicación, eficacia personal y solución de problemas), dejando un margen de intervención en función de lo que pueda acaecer durante la sesión particular (Sosa, Prieto, García-Bello y Capafons, 2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Crespo, M. y Labrador, F. J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.

Un libro especialmente práctico para afrontar el tratamiento y superación de los problemas asociados al estrés. Se expone un programa de intervención, a modo de «guía de actuación», para los profesionales de la psicología. Se incluye la exposición de forma sencilla, y orientada a la práctica, de múltiples técnicas de intervención psicológica, entre ellas el entrenamiento en inoculación de estrés. Un excelente protocolo para la actuación profesional del psicólogo en el área del estrés.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Un libro indispensable para adentrarse en el campo del estrés psicológico. Especialmente útil para extraer contenidos informativos al cliente sobre lo que es el estrés, su sintomatología y los determinantes que lo modulan. De menor calado en cuanto a terapia, pero imprescindible para trasmitir al paciente el concepto de transacción individuo-medio.

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Un clásico dentro de los libros de autoayuda que apenas tiene valor desde esa perspectiva pero que sigue siendo tremendamente útil para el terapeuta. Un manual eminentemente práctico que a pesar de su cuarto de siglo (el original en inglés fue publicado en 1983) sigue siendo muy recomendable. En este libro se dedica un capítulo específico al control del estrés muy centrado en las técnicas originales de control de la ansiedad.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

En este libro Donald Meinchenbaum presenta con detalle y de forma monográfica su programa de entrenamiento en inoculación de estrés. En él detalla los pasos a seguir en cada una de las tres fases. El libro está escrito en un lenguaje muy ameno, plagado de recursos y anécdotas. Libro muy recomendable a pesar de que su autor «esconde» con maestría las limitaciones de su obra (anclaje teórico poco estructurado, imprecisión en la manualización de las técnicas y tareas a desarrollar con el cliente, investigación dispar en temáticas y copntrol metodológico, etc.).

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Lazarus señala como determinantes del estrés dentro de la situación:

a) Los compromisos y la ambigüedad.
b) Las creencias y los compromisos.
c) La ambigüedad y la incertidumbre.

2. Las terapias de entrenamiento en habilidades de afrontamiento se centran en la búsqueda:

a) Del *equilibrio* que representa el antagonista del estrés.
b) De la *seguridad* que representa el antagonista del estrés.
c) De la *relajación* que representa el antagonista del estrés.

3. Mahoney y Arnkoff (1978) estructuraron las terapias cognitivo-conductuales en tres tipos:

a) De reestructuración cognitiva, de habilidades sociales y de resolución de problemas.
b) De reestructuración cognitiva, de habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas.
c) De reestructuración cognitiva, de habilidades sociales y de entrenamiento reatribucional.

4. El entrenamiento en manejo de la ansiedad:

   a) Se diferencia de la DS en que trabaja con la experiencia de ansiedad en sí misma.
   b) Se parece a la DS en que trabaja con la experiencia de ansiedad en sí misma.
   c) Se diferencia de la DS en que no trabaja con la experiencia de ansiedad en sí misma sino con las situaciones que la disparan.

5. El EMA es un programa estructurado fundamentalmente en:

   a) Cinco sesiones.
   b) Siete sesiones.
   c) Doce sesiones.

6. En el EMA:

   a) No se usa la relajación.
   b) Se usa la relajación sólo en la primera sesión.
   c) Se usa la relajación a lo largo de todo el proceso.

7. La idea fundamental que inspiró la creación y posterior desarrollo de la técnica de *inoculación de estrés* proviene:

   a) Del principio de acción de los antibióticos (lucha contra el germen).
   b) Del principio de la inoculación médica contra la enfermedad.
   c) Del principio de la inoculación postraumática.

8. En el EIE el entrenamiento en relajación se hace en la fase de:

   a) Conceptualización o educativa.
   b) Adquisición de habilidades y fase de ensayo.
   c) Aplicación y consolidación.

9. La prevención de recaídas en el EIE se trabaja en la fase:

   a) De conceptualización o educativa.
   b) De adquisición de habilidades y fase de ensayo.
   c) De aplicación y consolidación.

10. Uno de los aspectos que no ha sido suficientemente investigado es:

   a) Eficacia del EIE en comparación con otras técnicas más económicas en cuanto a tiempo, esfuerzo y complejidad.
   b) La eficacia del EIE en sí mismo.
   c) En el EIE está todo por investigar.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	a	b	a	a	c	b	b	c	a

Detención del pensamiento e intención paradójica

25

ALFONSO SALGADO RUIZ
M.ª ÁNGELES GÓMEZ MARTÍNEZ
JOSÉ RAMÓN YELA BERNABÉ

1. INTRODUCCIÓN

Siguiendo la taxonomía cognitiva propuesta por Vázquez (2003), la detención de pensamiento y la intención paradójica se centran en los productos y procesos cognitivos, respectivamente. A pesar de ser técnicas antiguas, que cuentan con numerosas referencias de aplicación en distintos ámbitos clínicos y para diferentes tipos de problemas, son dos herramientas terapéuticas en las que aún permanecen poco claros los mecanismos de intervención, lo que hace de ellas un reto interesante porque obliga a reformular los principios teóricos sobre los que se basa su aplicación.

La detención de pensamiento se centra en eliminar o reducir la frecuencia y duración de los pensamientos, imágenes o recuerdos desadaptativos y recurrentes, sin entrar a cuestionar su contenido. En este sentido, a pesar de ser una técnica cognitiva —fundamentalmente porque opera con contenidos cognitivos—, se basa en supuestos conductuales de detención o modificación de la secuencia de conducta que mantiene los pensamientos negativos. Permite aumentar las expectativas de control y autoeficacia, reduce el grado de ansiedad y promueve habilidades metacognitivas, en cuanto que permite reducir la influencia de las cogniciones intrusivas y facilitar la proposición de pensamientos alternativos más adaptativos. Además, mejora la implementación de otras tareas (por ejemplo, reestructuración cognitiva) y permite controlar temporalmente el problema hasta que las condiciones ambientales permitan aplicar otras estrategias más efectivas (por ejemplo, exposición y prevención de respuesta).

Por intención paradójica se entiende un conjunto de técnicas —y más en concreto de tareas específicas que se proponen al paciente— que pretende actuar más bien sobre el juicio o valoración cognitiva que el paciente hace de su problema y de los intentos de solución que puede llevar a cabo para controlarlo. No es una técnica cognitiva en el sentido de trabajar sólo con respuestas cognitivas. Muchas de las tareas paradójicas centran sus esfuerzos en elementos motores o fisiológicos, e incluso en procesos interpersonales. Pero uno de los efectos principales de su aplicación es el cambio en la interpretación que el paciente hace de la naturaleza de su problema y de su propio papel en el mantenimiento o agravamiento de éste cuando desea precisamente lo contrario.

La intención paradójica produce cierto atractivo por lo inesperado de su propuesta, por la rapidez de sus resultados cuando se aplica correctamente y la originalidad que parecen mostrar los terapeutas cuando la llevan a cabo. No obstante, es una técnica terapéutica más, y debe ser utilizada siguiendo un procedimiento estructurado.

2. DETENCIÓN O PARADA DE PENSAMIENTO

La técnica de detención del pensamiento tiene como objetivo controlar la aparición de cogniciones (i.e. imágenes, recuerdos, contenidos verbales, etc.)

y disminuir su frecuencia y duración sin necesidad de modificar el contenido de éstas, lo que la diferencia de las técnicas de reestructuración cognitiva. Se dirige principalmente a pensamientos de carácter repetitivo, mecánico, con un formato rígido y que la persona experimenta como intrusivos. No es una estrategia útil para el tratamiento de pensamientos repetitivos más elaborados. El objetivo es poner en marcha dos estrategias distintas:

1. La interrupción del pensamiento no deseado.
2. La sustitución de éste por imágenes o escenas que dificulten su reaparición.

Esta técnica fue descrita por Bain en los años veinte, y a partir de la década de los cincuenta Wolpe la adaptó para el manejo de los pensamientos fóbicos y obsesivos. Durante los años setenta se hizo muy popular entre los terapeutas de conducta, sobre todo como alternativa y/o complemento en el tratamiento de las obsesiones «puras» en las que la evitación y actividad compulsiva es completamente encubierta. Sin embargo, a partir de estudios experimentales realizados en los años ochenta, su efectividad y justificación teórica están bastante debatidas y se cuestiona su utilidad como eje central de un plan de tratamiento. A pesar de ello, puede resultar de utilidad mientras se entrena al sujeto en habituación a pensamientos obsesivos, como una estrategia para eliminar la obsesión en situaciones en las que no es posible exponerse (por ejemplo, trabajo, situaciones sociales, etc.) y llevar a cabo luego la exposición, y, fundamentalmente, como estrategia de autocontrol para bloquear los rituales encubiertos.

Actualmente se sigue empleando en la práctica clínica, y, a pesar de sus limitaciones, puede suponer un complemento útil en el tratamiento de ideas repetitivas estereotipadas y mecánicas (Dantin, 2005; Lozano, Rubio y Pérez, 1999).

2.1. Bases teóricas de la parada de pensamiento

La técnica más empleada en el tratamiento de las obsesiones puras es el entrenamiento en habituación. Como es sabido, su objetivo fundamental es provocar repetida y predeciblemente la aparición de los pensamientos obsesivos durante el tiempo necesario hasta que se reduzca la ansiedad, previniendo al mismo tiempo las conductas de evitación y neutralización encubierta.

La parada de pensamiento es una técnica alternativa que está relacionada menos estrechamente con el modelo de exposición señalado, pero que es consistente con investigaciones acerca de diferencias entre pensamientos intrusivos en población clínica y normal (Rachman y De Silva, 1978): las obsesiones clínicas son más difíciles de eliminar, duran más y generan más malestar. Dado que el modelo cognitivo-conductual señala que los pensamientos obsesivos se mantienen por neutralización y evitación, la parada de pensamiento se acompaña de un programa que pretende eliminar la neutralización —incluyendo la reaseguración— y la evitación (Salkovskis y Kirk, 1999).

La detención se efectúa inicialmente utilizando un estímulo externo (por ejemplo, gritar *¡basta!*, hacer un ruido, dar una palmada, etc.) lo suficientemente intenso como para cambiar el foco atencional del sujeto e interrumpir el flujo de pensamiento. De este modo se entrena a la persona para escapar de los pensamientos intrusivos cuando éstos aparecen. Como señalan Pastor y Sevillá (2002), esta explicación contradice el modelo explicativo de las obsesiones: el bloqueo de la obsesión podría convertirse en una estrategia más de neutralización, que, aunque a corto plazo produce un alivio, a largo plazo podría agravar más el problema. Vázquez (2003) considera que su eficacia puede explicarse no sólo por los mecanismos de escape, sino por otra serie de factores:

— Se puede considerar que la conducta desaparece por el *efecto aversivo del estímulo externo* (por ejemplo, castigo) con el que se detiene el pensamiento o que, al instaurarse el pensamiento alternativo, éste se mantiene por reforzamiento positivo.
— El estímulo externo provoca un *cambio de foco atencional,* produciéndose una distracción del mismo: es imposible centrarse simultáneamente en dos pensamientos o imá-

genes, dado que nuestros recursos atenciones son limitados.

— Al utilizar la parada de pensamiento, el sujeto incrementa su *sensación de control* sobre esos contenidos cognitivos, lo que aumenta la autoeficacia y el bienestar personal.

2.2. Procedimiento de aplicación de la parada de pensamiento

El protocolo de aplicación de la técnica de parada de pensamiento implica que se expliquen con detalle al paciente los objetivos de su utilización, el procedimiento, y que se resuelvan las dudas que puedan surgir. Es esencial que el paciente entienda los motivos de la elección de la técnica. La explicación comienza con una discusión acerca de las similitudes entre pensamientos normales y pensamientos intrusivos. Esto da paso a la formulación del objetivo de intentar reducir la duración de los pensamientos intrusivos *sin neutralizarlos,* normalizándolos e incrementando la sensación de control sobre ellos. Conviene insistir en que la parada de pensamiento es una estrategia que no puede aprenderse en situaciones estresantes. Se puede presentar algún ejemplo que muestre la necesidad de proceder mediante aproximaciones sucesivas para asegurar el progreso: «Cuando pintas tu primer cuadro, conviene partir de un dibujo sencillo y que tu motivo no tenga muchos colores distintos. Más adelante irás trabajando con motivos más complicados, con muchos más matices de color, sombras, etc. Del mismo modo, al principio conviene que no intentes parar tus pensamientos negativos cotidianos hasta que no hayas adquirido destreza en hacerlo practicando con pensamientos más simples».

Una vez llevada a cabo la evaluación, se procede a hacer un listado de los pensamientos que generan malestar, así como de las situaciones que los activan. Es importante que se expresen con realismo, tal y como suelen aparecer (por ejemplo, «¿y si me muero?», «¿soy homosexual?», «¿quiero a mi novio?»).

Por ejemplo, en el caso de Ana, la principal idea intrusiva era la duda acerca de cómo llamar a su hijo de 6 años, si Juan, tal y como constaba en su partida de nacimiento, o Jon, que es cómo se llamaba un hermano de ella que falleció cuando tenía 16 años. En unos contextos (por ejemplo, colegio, compañeros de juegos) le llamaban de un modo y en otros (por ejemplo, casa, familia) le llamaban de otro. Cuando ella estaba a solas con su hijo comenzaba a dudar acerca de cómo dirigirse a él: llamarle Juan suponía olvidar la memoria de su hermano fallecido, y llamarle Jon suponía recordar y avivar su dolor. Este tipo de pensamientos intrusivos la abordaban cuando ella oía cómo sus compañeros de clase, amigos, familiares o cualquier persona llamaba al niño y se agudizaban sobre todo en los momentos previos en los que ella tenía que dirigirse a su hijo a solas.

También debe elaborarse una lista con pensamientos alternativos relajantes o que interesen especialmente al sujeto (por ejemplo, recordar un encuentro agradable con amigos, un viaje placentero, imágenes relajantes de lugares tranquilos, etc.). Es muy importante que en el listado no se incluyan pensamientos neutralizantes. Cada pensamiento intrusivo debe puntuarse en el grado de malestar que produce y en el realismo con el que se puede imaginar.

En el caso de Ana, uno de los pensamientos alternativos agradables más intensos era evocar el recuerdo de unas vacaciones que pasó con su marido e hijo en un pequeño pueblo costero del Cantábrico. También le relajaba mucho evocar la imagen de su cantante favorita, pues siempre que lo hacía acababa por sentirse muy bien.

En la primera sesión se trata de llevar a cabo una demostración que sirva para ejemplificar que es posible dejar de pensar en esos temas. El terapeuta dice: «Me gustaría que te sentaras cómodamente y que te relajaras manteniendo tus ojos cerrados. Voy a describirte una escena y a continuación voy a describirte a ti teniendo uno de esos pensamientos. Quiero que levantes la mano tan pronto como comiences a pensar en ese pensamiento desagradable, incluso si sólo estoy describiendo la escena. No intentes conseguir que el pensamiento aparezca con todos los detalles. Es importante que levantes tu mano tan pronto como detectes que comienza. Siéntate cómodamente y cierra los ojos».

A continuación el terapeuta presenta una escena típica y, si es necesario, describe uno de los pensamientos desagradables. Cuando el sujeto levanta su mano, el terapeuta grita muy fuerte *¡alto!*, preguntando qué ha sucedido con el pensamiento. Probablemente habrá desaparecido, se habrá interrumpido. El terapeuta señala la imposibilidad de gritar tan alto cuando estemos en público y queramos detener un pensamiento, así que poco a poco trataremos de asociar la palabra «alto» o «stop» con el cese del pensamiento. El procedimiento se repite, y cuando el sujeto levanta su mano el terapeuta dice con voz firme *¡alto!;* a continuación le pide que imagine una escena alternativa con todo el detalle posible y que levante la mano cuando esté imaginando un pensamiento o imagen con claridad. En ese momento se pide al sujeto que puntúe en una escala subjetiva de 0 a 100 el malestar y realismo asociados al pensamiento intrusivo. El terapeuta pregunta al sujeto si el pensamiento desapareció, y si le fue posible imaginar con detalle las situaciones alternativas. También se le pregunta acerca de la neutralización encubierta, haciendo mucho énfasis en la importancia de la prevención de respuesta.

En el caso de Ana, el terapeuta comenzó por describir la siguiente escena: «Estás con tu hijo en una fiesta de cumpleaños a la que le han invitado sus compañeros de clase. Todo transcurre normalmente. Los niños están jugando en el parque infantil, saltando en unas colchonetas. Tu estás junto con otros padres tomando un café mientras llega la hora de ir a casa. Ves que unos niños se dirigen a tu hijo llamándole Juan y otros llamándole Jon. Tu empiezas a pensar... si me preguntan cómo se llama, ¿qué les digo... Juan o Jon... Juan o Jon...?». Ana levanta la mano en ese momento y el terapeuta grita *¡alto!* Ana se sobresalta un poco. A continuación le pide que se imagine con toda la claridad posible el lugar concreto en el que pasaron esas vacaciones tan entrañables, que imagine los detalles de lo que veía en el momento concreto que está evocando, los sonidos y la luminosidad de ese lugar, y cuantos detalles fuera capaz de recordar. Cuando lo consigue, Ana levanta la mano y el terapeuta la pide que indique el malestar que le provocaba el pensamiento obsesivo (80) y el grado de viveza de la situación (90).

La sesión continúa con diez minutos de parada de pensamiento, empleando distintas escenas activadoras y pensamientos alternativos. Se le pide al sujeto que imagine la escena alternativa durante más de un minuto, con 30 segundos de relajación antes de puntuar el malestar y realismo del pensamiento.

A continuación se modifica el procedimiento de forma que es el terapeuta el que describe las escenas activadoras y pensamientos obsesivos, pero es el sujeto el que dice *¡alto!* y describe las escenas alternativas. Se practica cinco minutos más y se vuelve a cambiar el procedimiento: «Te voy a dar más control sobre la técnica. Voy a describirte la escena, y tan pronto como comience a aparecer el pensamiento, quiero que levantes tu mano y te digas mentalmente ¡alto!; harás lo mismo con la escena alternativa, en la que quiero que te describas a ti mismo. Cuando tengas la escena alternativa, levanta tu mano de nuevo e indícame tus puntuaciones en malestar y realismo». Esta tercera fase continúa durante otros cinco minutos. La parada de pensamiento se practica con el sujeto durante otras dos o tres sesiones, haciendo hincapié en la importancia de no neutralizar.

Las tareas para casa consisten en practicar durante 20 minutos al día, en momentos en los que el sujeto no experimente malestar por los pensamientos. Es necesario que cumplimente un autorregistro en el que puntúe de 0 a 100 la intensidad del malestar y el grado de realismo asociado a cada evocación de los pensamientos intrusivos. Tras una semana de práctica, se anima al sujeto a utilizar el procedimiento para dejar de pensar en los temas que generan niveles de malestar intermedio o moderado en el momento en que tienen lugar, tratando de controlar gradualmente pensamientos más difíciles. En este momento, se le pide que introduzca situaciones que antes evitaba. Hay que indicar al sujeto que al principio la técnica tiene un éxito limitado, y que los pensamientos que aparecen espontáneamente desaparecerán sólo temporalmente, con reapariciones frecuentes. Debe repetirse el procedimiento con la expectativa de que esas reapariciones irán disminuyendo a medida que transcurran los días. De este modo, a medida que su sensación de control vaya

TABLA 25.1

Esquema de aplicación de la parada de pensamiento

1. Evaluación conductual.
2. Información y descripción de la técnica:

   — Diferenciar entre pensamientos normales e intrusivos.
   — Objetivo: reducción de la duración (después, frecuencia) de pensamientos intrusivos sin neutralizarlos.
   — Adquisición del manejo de la técnica por aproximaciones sucesivas.

3. Listado de pensamientos intrusivos y de las situaciones que los activan.
4. Listado de pensamientos-imágenes alternativos relajantes.
5. Elección de una palabra de detención con significado emocional para el sujeto (alto, basta, stop, etc.).
6. Recreación, en estado de relajación, de una situación en la que suelen aparecer los pensamientos intrusivos.
7. En el momento en que aparece el pensamiento intrusivo y el sujeto nos avisa de ello con la mano, el terapeuta grita: *¡Alto!* y da instrucciones al sujeto para que imagine un pensamiento alternativo con el mayor realismo posible.
8. Cuando el sujeto imagina la escena alternativa claramente, hace una señal al terapeuta y éste le pregunta acerca de la intensidad del malestar y realismo del pensamiento intrusivo (escala de 0 a 100).
9. Se practica parada de pensamiento durante diez minutos con distintas escenas. El pensamiento alternativo se mantiene durante más de un minuto, con 30 segundos de relajación antes de evaluar malestar y realismo del pensamiento intrusivo.
10. El terapeuta describe las escenas activadoras y pensamientos obsesivos y el propio sujeto interrumpe el pensamiento gritando ¡alto! y describe el pensamiento alternativo. Práctica de cinco minutos más.
11. El terapeuta describe las escenas activadoras y pensamientos obsesivos y el propio sujeto interrumpe el pensamiento diciéndose encubiertamente *¡alto!* e imaginando el pensamiento alternativo. Se practica cinco minutos más.
12. Practicar la técnica durante dos o tres sesiones de tratamiento, insistiendo en la importancia de no neutralizar.
13. Tareas para casa: práctica de 20 minutos diarios, utilizando autorregistro de malestar y viveza. Primera semana con pensamientos de contenido moderado-medio. Posteriormente pensamientos que generan malestar más intenso.
14. Pautas para la aplicación de la técnica en situaciones reales. Evaluación de su eficacia.

aumentando, cuando aparezcan los pensamientos intrusivos producirán menos malestar y serán menos vívidos, hasta que dejen de preocuparle.

Cuando se emplea esta técnica, pueden aparecer dificultades. Durante las sesiones de práctica con el terapeuta, el sujeto puede encontrar difícil evocar las escenas —bien activadoras o alternativas—. En este caso debe entrenarse en imaginación como paso previo, para que las escenas adquieran el realismo necesario. Por otro lado, puede ser difícil eliminar el pensamiento intrusivo; en este caso hay que evaluar la posibilidad de utilizar un pensamiento menos aversivo para la práctica inicial, o volver al procedimiento de gritar *¡alto!* hasta que el procedimiento esté mejor establecido.

Cuando el sujeto practica en las tareas para casa, es posible que intente aplicar la técnica a pensamientos que surgen y generan mucho malestar, fuera del orden de las sesiones de práctica. Esto dificulta las cosas y hace que la técnica pierda eficacia. En este caso es posible que no se haya practicado suficientemente la técnica y haya que retomar el plan de práctica con pensamientos que generan poco malestar. También es posible que el sujeto haya encontrado las tareas para casa demasiado difíciles, bien por practicar con pensamientos que generan mucho malestar, bien porque el momento elegido para practicar es inapropiado.

Si el sujeto practica el procedimiento del modo recomendado pero no disminuyen las puntuaciones en malestar y realismo de los pensamientos, lo más probable es que continúe produciéndose una neutralización encubierta o una búsqueda de reaseguración. Preguntas como «¿Qué te estás diciendo a ti

mismo que no te dirías si no tuvieras esos pensamientos?» pueden servir para identificar neutralizaciones encubiertas y estudiar su papel en el mantenimiento de los pensamientos.

En el caso de Ana, antes de comenzar el tratamiento, ante el pensamiento «¿cómo le llamo, Juan o Jon?», ella tendía a utilizar la siguiente neutralización encubierta: «no tengo que dudar... esto es una bobada, no tengo que dudar si llamarle Juan o Jon... da igual, lo importante es que le quiero». Además de ser pensamientos voluntarios, los rituales encubiertos disminuyen la ansiedad en lugar de incrementarla como los pensamientos intrusivos. En este caso Ana recibía la consigna de detener el pensamiento intrusivo *antes* de comenzar esos intentos de neutralización, tratando de no ponerlos en marcha. Si la búsqueda de reaseguración persiste, es fundamental la colaboración de las personas del contexto cercano al sujeto. En el caso de Ana, se informó a su marido y familiares más cercanos de que, ante la duda acerca de cómo llamar a su hijo, ellos no reasegurasen sus elecciones.

2.3. Variaciones de la técnica de parada de pensamiento

En lugar de expresiones verbales, se pueden emplear otros estímulos externos para cortocircuitar el contenido cognitivo. Entre los más comunes está la utilización de una goma elástica que el sujeto lleva en la muñeca, y que puede utilizar para «cortar» las rumiaciones. En este caso, estirar la goma elástica y soltarla funciona claramente a modo de castigo. También se puede utilizar una palmada, la alarma de un despertador, o un chasquido si eso resulta eficaz para el sujeto. En otras ocasiones se pueden utilizar otras técnicas de distracción (por ejemplo, cantar, silbar, contar hacia atrás, etc.) para facilitar la interrupción del contenido cognitivo. Lo importante es elegir un estímulo lo suficientemente potente para cambiar el foco atencional.

Aunque el procedimiento estándar no incluye necesariamente la introducción de pensamientos alternativos, éstos pueden potenciar la eficacia de la técnica y sobre todo hacerla más creíble para el sujeto: interrumpir un pensamiento y no introducir otro alternativo (por ejemplo, «dejar la mente en blanco») plantea con frecuencia dificultades y facilita que vuelvan a aparecer los pensamientos intrusivos.

McKay et al. (1985) plantean una variante de la parada de pensamiento que denominan *aserción encubierta* y cuya principal característica radica en la segunda parte de la técnica: una vez detenido el pensamiento, hay que sustituirlo por autoinstrucciones previamente establecidas. Se trata de pensamientos alternativos que ayudan a reducir el malestar (por ejemplo, «preocuparse no cambia el problema»; «puedo controlarlo»; «esto terminará enseguida, no puede durar siempre»). Según estos autores, se debe tener en cuenta que la efectividad del procedimiento dependerá de que se interrumpan los pensamientos en su inicio y se impida el asentamiento de las rumiaciones. Una vez detenido el pensamiento, éste volverá si no se instaura un pensamiento alternativo potente que lo neutralice.

En el procedimiento que plantean puede verse con facilidad la influencia de la técnica de autoinstrucciones y de inoculación del estrés. Se trata de sustituir los pensamientos estresantes por otros más adaptativos, diferenciando cuatro fases diferentes, en cada una de las cuales el sujeto utiliza autoinstrucciones útiles para el afrontamiento:

1. *Antes* del afrontamiento.
2. Al *comienzo* del afrontamiento.
3. Durante el momento de *máxima activación*.
4. *Después* del afrontamiento.

2.4. Ámbitos de aplicación de la parada de pensamiento

Esta técnica se ha utilizado en un amplia variedad de problemas clínicos: obsesiones, fobias simples, cáncer (Olivera, 2005), conducir coches, volar en avión (Sosa, Díaz y Capafons, 2005), miedo a atragantarse, a la sangre o a las heridas, ansiedad ante los exámenes, ansiedad anticipatoria, ansiedad generalizada, disfunciones sexuales, estrés postraumático producido por accidentes de tráfico (Espada y Carrillo, 2000), estrés postraumático por histerectomía, tratamiento conductual de la fibromialgia,

perfeccionismo, manejo de la ansiedad y depresión en madres primíparas, ansiedad y aburrimiento en terapeutas (Williams, Polster y Grizzard, 2003), insomnio de iniciación, preparación de expertos en desactivación de explosivos o para optimizar el rendimiento deportivo en taekwondo o natación (Serrad y Golby, 2006). En definitiva, cuando los contenidos cognitivos aparecen de modo inesperado e interfieren o dificultan la actividad del sujeto.

En el caso del TOC, se utiliza junto con exposición o prevención de respuesta. Se obtienen mejores resultados si se utiliza como prevención de respuesta, es decir, para parar los rituales encubiertos y no tanto para parar los pensamientos de carácter obsesivo. Por tanto la parada de pensamiento iría dirigida a detener el ritual cognitivo que alivia la ansiedad, y no a eliminar el pensamiento que genera el malestar y ante el cual se pone en marcha el ritual cognitivo. No parece que sea útil para detener rituales en los que están comprometidas conductas motoras (por ejemplo, lavado, comprobación, etc.). Será por tanto el análisis funcional el que aclare el papel de cada pensamiento y el que justificará el empleo de la exposición y la prevención de respuesta (Salkovskis y Westbrook, 1989).

Hay que considerar la parada de pensamiento como una estrategia temporal que puede servir de ayuda al paciente mientras aprende a manejar técnicas de reestructuración o exposición. Igualmente, debe señalarse que puede ser eficaz para detener los rituales cognitivos en aquellos momentos en los que por cuestiones prácticas no es posible hacer exposición.

La parada de pensamiento tiene poca utilidad cuando se trata de ideas más elaboradas y menos estereotipadas, que no son vistas por el sujeto como «parásitas» (por ejemplo, ideas delirantes o muy elaboradas y voluntarias). De igual manera se desaconseja su utilización cuando se quiera desarticular el contenido del pensamiento.

2.5. Ejemplo de utilización de la parada de pensamiento

Mónica es una mujer de 35 años de edad que acude a consulta por consejo de su ginecóloga ante la presencia de síntomas de ansiedad relacionados con la dificultad de quedarse embarazada. Lleva ocho años casada con Alberto y se plantean tener un hijo. En el transcurso de la evaluación, Mónica relata que cuando tenía 11 años sufrió varios episodios de abuso por parte de su padre; ahora le aterra la posibilidad de tener una hija y que su padre se acerque a ella. Explica además cómo ha estado demorando la decisión del embarazo hasta que Alberto le ha planteado que así no podían continuar.

Mónica dice que le encantaría ser madre, pero no soporta la idea de ir a visitar a sus padres los fines de semana y ver que su padre se acerca al bebé. Desde los 11 años evita todo contacto físico y procura no estar a solas con él. Está muy unida a su madre y no quiere que ella sepa nada de los episodios de abuso. Comenta que afortunadamente estuvo estudiando en un internado, lo que dificultó que esos episodios se repitiesen. No obstante, todavía le produce un intenso malestar la cercanía de su padre. Su marido conoce lo ocurrido y le plantea a Mónica la necesidad de buscar ayuda.

Desde que se plantearon el embarazo, ella tiene muchas dificultades cuando los fines de semana van al pueblo a ver a sus padres: «últimamente, cuando estamos comiendo y veo a mi padre, me vienen las imágenes de cuando se metía en mi cama. Lo paso fatal, intento disimular pero no puedo seguir comiendo y al final me enfado por cualquier cosa y me levanto. Ante todo no quiero que mi madre se entere, se moriría...».

Mónica se plantea como *objetivo* ser capaz de controlar la ansiedad que experimenta desde que tomaron la decisión de tener un hijo, controlar esas imágenes que le paralizan y manejar la ansiedad cuando está en presencia de su padre.

Se realizó una exposición gradual a las situaciones actuales relacionadas con el abuso que le producían malestar (por ejemplo, sentarse cerca de su padre, mirar a su padre a los ojos, etc.). También se llevó a cabo exposición en imaginación a los episodios de abuso y a las imágenes que aparecían de manera repetitiva. Al finalizar las exposiciones se introducían autoinstrucciones del tipo: «eso no volverá a ocurrir, ahora mi vida la controlo yo».

En el transcurso del tratamiento se introdujo la

parada de pensamiento para demorar las imágenes que aparecían en presencia de su padre, para luego, y de manera controlada, exponerse a ellas. Para ello, una vez entrenada la técnica en consulta, se pidió a Mónica que llevase una goma elástica en la muñeca y que tirase de ella y repitiera mentalmente «¡basta!, eso no volverá a ocurrir, ahora mi vida la controlo yo» cuando apareciesen las imágenes que le producían malestar. Esto permitía cambiar el foco atencional, disminuir el malestar y demorar la imagen. Paralelamente, se trabajó mediante exposición en imaginación la habituación a esas imágenes hasta que el malestar que producían disminuyó significativamente (la puntuación media final era de 20 unidades subjetivas de ansiedad, en una escala de 0-100).

Se decidió utilizar la parada de pensamiento para entrenar a la paciente en una técnica que le permitiese afrontar la cercanía de su padre hasta que mediante exposición en imaginación se trabajase con las imágenes que la paralizaban. Mónica y Alberto comentaban que cada vez resultaba más difícil sentarse a comer en la mesa con los padres de Mónica, porque siempre había algo que provocaba que ella saltase y se levantase de la mesa. Se consideró importante facilitar una estrategia que permitiera a Mónica percibir algún tipo de control de la situación y cortar de esta manera con la respuesta de escape que emitía (por ejemplo, levantarse de la mesa e irse, con lo que escapaba también de la presencia de su padre). Si Mónica cortaba la aparición de las imágenes, se seguía exponiendo a comer en presencia de su padre.

Se realizó un entrenamiento en la técnica de solución de problemas porque Mónica dudaba acerca de hablar con su padre sobre los episodios de abuso. Finalmente, tras evaluar sistemáticamente sus objetivos y alternativas, decidió no decirle nada, ya que él estaba muy mayor, con problemas de salud y no iba a conseguir que nadie se sintiese mejor. Una vez que desapareció el malestar que le paralizaba cuando estaba cerca de su padre, consideró que no necesitaba abordar el tema con él.

3. INTENCIÓN PARADÓJICA

Las técnicas paradójicas pueden definirse como las intervenciones en las que el terapeuta, con ánimo de ayudar al paciente, promueve la continuación del problema o incluso su empeoramiento en lugar de su remisión. El terapeuta indica claramente y de forma directa al paciente que debe provocar, mantener, empeorar o modificar las manifestaciones o síntomas del problema o enlentecer voluntariamente alguna mejoría que se produzca en él. Si se trata de problemas relacionales en el ámbito de la terapia de pareja o de familia, la prescripción consiste en pedir a las personas implicadas que provoquen intencionadamente y con control las conductas que han servido de queja para acudir a la consulta, si bien normalmente esta indicación se acompaña de la sugerencia de que tales comportamientos se provoquen «de manera diferente» a como habitualmente suceden.

El objetivo de las intervenciones paradójicas es disminuir o eliminar los intentos de solución de la conducta problema o el manejo inadecuado de los síntomas cuando se identifica que son tales intentos los responsables de su mantenimiento o cronificación. De esta manera, al prescribir el mantenimien-

TABLA 25.2

Objetivos de intervención y técnicas utilizadas

Objetivos	Técnicas utilizadas
1. Disminución del malestar en presencia de su padre. 2. Control de las imágenes intrusivas que la paralizan. 3. Toma de decisiones respecto a hablar con su padre de los episodios de abuso.	1. Exposición gradual y prevención de respuesta (escape). 2. *a)* Parada de pensamiento y aserción encubierta. *b)* Exposición en imaginación. 3. Solución de problemas.

to del síntoma o incluso su agravamiento (por ejemplo, aumentar la ansiedad o intentar no dormir al meterse en la cama) o la ejecución de la conducta motora de manera controlada y distinta (por ejemplo, discutir con la pareja pero siempre en una habitación de la casa o realizar el tic de manera voluntaria) en lugar de intentar controlarlo o evitarlo, se impide que el paciente lleve a cabo esos intentos de solución que son precisamente los mantenedores del problema.

A menudo las técnicas paradójicas han sido confundidas con la confrontación o el desafío con el paciente cuando éste no quiere colaborar con el tratamiento o incumple sistemáticamente las tareas (Cade y O'Hanlon, 1995). En otras ocasiones, se ha considerado que la intención paradójica (IP) es solamente un complemento relacionado con las habilidades terapéuticas para manejar el problema o como último recurso en el caso de que fracasen otros abordajes terapéuticos. Con cualquiera de estas finalidades puede emplearse la IP, pero en sí misma es una técnica de intervención directa que ha demostrado su eficacia en el abordaje de diferentes tipos de problemas (Ascher, 1989; Weeks, 1991; Weeks y L'Abate, 1982).

Por otra parte, existen componentes paradójicos en diferentes técnicas de intervención, tales como la reestructuración cognitiva —cuando emplea la reducción al absurdo o la exageración de consecuencias catastróficas—, la saciación o la inundación e implosión, e incluso suelen añadirse indicaciones paradójicas en las tareas de exposición, cuando se pide al paciente que experimente la ansiedad provocada, trate de impedir controlarla e incluso analice sus manifestaciones. No obstante, aquí se presentará la IP como técnica específica de intervención, con su particular modo de proceder.

3.1. Bases teóricas de la intención paradójica

A pesar de su eficacia demostrada en el tratamiento clínico, bien como técnica principal, bien formando parte de un paquete de intervención más amplio, existe aún poco consenso respecto a los mecanismos implicados en su utilización: ¿qué es lo que cambia cuando intentamos que no cambie nada?, ¿qué hace que el problema mejore cuando intentamos que sea peor?

Desde una perspectiva eminentemente aplicada, se considera que la paradoja sucede cuando el terapeuta alienta al paciente para que mantenga con vigor la conducta problema en su nivel actual o, incluso, a un nivel superior y más molesto, y el paciente se muestra incapaz de llevar a cabo las instrucciones del terapeuta. De este modo, si el paciente intenta el objetivo de mantener los síntomas experimentará, paradójicamente, que no tiene éxito porque sucede lo contrario, lo que está en la dirección de los obje-

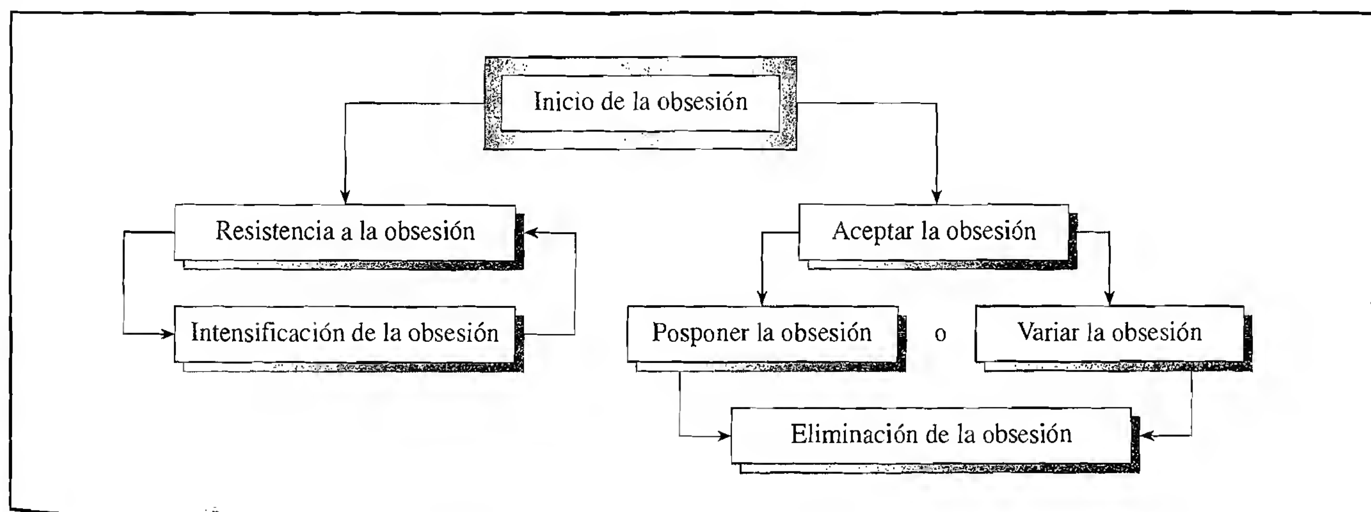


Figura 25.1.—Efecto paradójico de los intentos de control de las obsesiones.

tivos del tratamiento. Sea cual sea el resultado, se produce un cambio deseable, tanto si el paciente experimenta control sobre algo que hasta ahora sucedía involuntariamente como si se ve incapaz de provocar la conducta problema y ésta no tiene lugar (o es más breve, menos intensa y menos frecuente), que, en definitiva, es lo que se pretende.

Las variables implicadas en la paradoja y a las que se ha atribuido su capacidad de cambio difieren de alguna forma en una u otra modalidad de IP. En algunos casos, como la prescripción de síntomas, la práctica masiva o las recaídas programadas, se produce un *cambio estimular,* se altera la secuencia habitual de presentación del problema y se cambian las consecuencias. Este cambio en la cadena de conducta actúa tanto sobre los estímulos discriminativos —que ahora son diferentes, o centrados en indicios afectivos, cognitivos o motores—, que pierden su valor evocador, como sobre las *secuencias de encadenamiento* —suceden comportamientos distintos que no favorecen la transición de una conducta a otra como estaba siendo habitual— y sobre las *consecuencias,* que se modifican en la dirección adecuada.

En los casos en que la IP se aplica a problemas que implican activación fisiológica elevada, al pedir al paciente que haga voluntariamente algo que sucede de forma espontánea, se ponen en marcha elementos de reducción de la ansiedad (porque lo que antes debía evitarse por ser ansiógeno ahora no sólo es permitido sino que debe provocarse), aumento de la *reactancia* en pacientes desafiantes y que muestran oposición al tratamiento y cambio de *expectativas de autoeficacia* y *atribución de control,* dado que lo que sucedía de forma automática e involuntaria, ahora sucede provocado por el individuo y su atención consciente; si el paciente es capaz de provocar el síntoma, se percibirá capaz de reducirlo (Greenberg et al., 2006; Shoham-Salomon et al., 1989).

Como otras técnicas cognitivas, es posible que la IP disminuya las respuestas automáticas negativas y aumente las respuestas controladas, disminuya los procesos de autofocalización del paciente en los síntomas o los sesgos atencionales hacia los objetos o tareas temidas y favorezca la activación de esquemas cognitivos alternativos más positivos. No obstante, resulta difícil saber si los cambios que se observan tras la terapia se deben a cambios reales en el procesamiento o más bien son cambios en los contenidos cognitivos o en el aprendizaje de otras habilidades (Vázquez, 2003). Lo que sí refieren los pacientes que aplican IP es un aumento de su expectativa de autoeficacia para manejar la situación evitada y, por tanto, una reevaluación de la misma.

Entre los modelos teóricos que incluyen estas u otras variables para explicar el efecto de las técnicas paradójicas destacan:

— La *teoría del doble vínculo*, asociada a los estudios de Palo Alto sobre comunicación humana (Bateson, 1956; Fisch et al., 1981; Watzlawick et al., 1981), y la teoría de sistemas. El doble vínculo se refiere a un tipo de comunicación en la que se presentan simultáneamente dos mensajes mutuamente excluyentes, de manera que la única manera de responder a uno de los mensajes es no responder al otro, la única manera de cumplir una orden es, precisamente, desobedeciéndola (por ejemplo: «debes hacer lo que quieras»). Este tipo de mensajes crea confusión y paraliza la conducta: no es posible provocar voluntariamente una respuesta (por ejemplo, ansiedad) que sólo puede aparecer espontáneamente. El doble vínculo terapéutico se propone como la base de la IP.
— La *teoría de descontextualización del síntoma* (Omer, 1981), según la cual en la IP no se prescribe el síntoma tal y como se manifiesta habitualmente en el paciente sino que siempre se hace de un modo y en un contexto diferentes. El contexto del síntoma o la conducta problema proporciona un significado importante para el paciente, lo que ayuda a su mantenimiento (por ejemplo, el temor a la ansiedad por los efectos que ésta tenga sobre el rendimiento). Cuando el síntoma se prescribe o se pide que se haga la conducta problema de una forma diferente, se le saca del contexto (externo o interno, de atribución), por lo que pierde su significado. La IP funciona al apartar a la conducta problema de su

contexto normal, no por un efecto paradójico en sí mismo. Esta explicación está en la base aplicada de muchas tareas paradójicas y en buena parte de las estrategias de la terapia breve (Cade y O'Hanlon, 1995).

— La *teoría de la ansiedad recurrente* (Ascher y Schotte, 1999), que se refiere al malestar que experimenta la gente sobre las futuras consecuencias de su reacción de temor, la preocupación porque la ansiedad experimentada en este momento pueda alcanzar un nivel en el que pierdan el control y se enfrenten a consecuencias desastrosas (por ejemplo, parada cardíaca, pérdida de conocimiento, etc.). Es recurrente porque es una ansiedad que se produce por miedo a la propia ansiedad. La IP es un componente necesario para abordar los problemas de ansiedad dado que precisamente sus componentes actúan sobre la anticipación de la misma, anticipación que deteriora la actuación, lo que, a su vez, genera más ansiedad. Cuando se pide realizar la conducta no deseada, se rompe el proceso circular, bien porque no es posible producir la conducta, bien porque el sujeto se expone a ella, lo que es incompatible con la ansiedad anticipatoria, que, finalmente, se neutraliza. Provocar una conducta y a la vez temerla es incompatible (por ejemplo, desear permanecer despierto elimina el temor anticipatorio a no dormirse, lo que permite que el sueño comience).

— La *teoría del control mental irónico* (Wegner, 1994, 2002) próxima a los estudios cognitivos básicos sobre los procesos implicados en la paradoja y la dificultad para eliminar pensamientos no deseados en condiciones de estrés o cuando se necesita centrar la atención en una tarea difícil. La teoría propone un sistema bimodal: un proceso operativo intencional, regulador, consciente y voluntario, centrado en los pensamientos deseados y orientado a su control y a conseguir el estado pretendido (por ejemplo, calma, concentración), y un sistema irónico de supervisión, no consciente e involuntario, que busca contenidos cognitivos que indiquen el fracaso por conseguir el estado deseado. Se denomina irónico por ser opuesto al objetivo general que pretende el sujeto. La IP inhibe este proceso irónico precisamente porque el esfuerzo voluntario se dirige al objetivo contrario, a provocar el estado no deseado, con lo que el proceso irónico actúa en la dirección opuesta, facilitando el cambio cognitivo orientado al fin terapéutico.

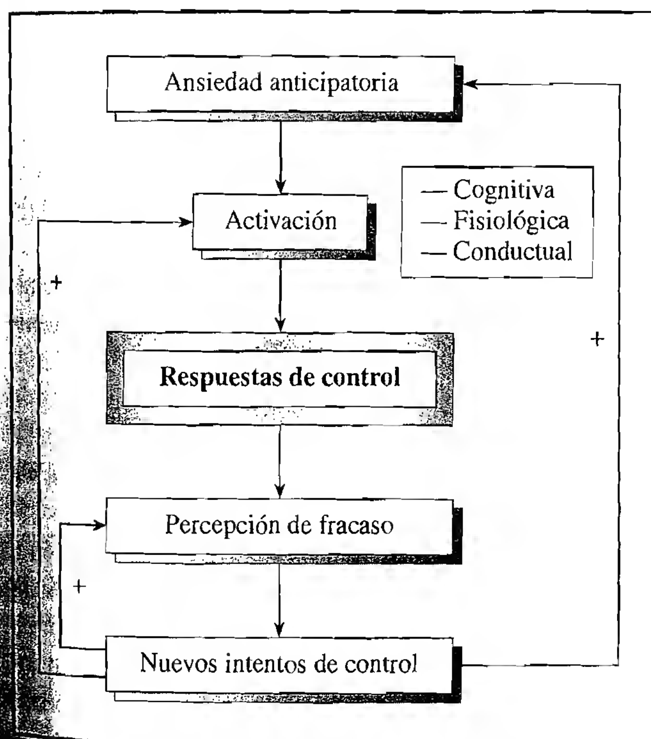


Figura 25.2.—Teoría de la ansiedad recurrente.

3.2. Procedimiento de aplicación de la intención paradójica

Las técnicas de IP se basan en el principio fundamental de que los pacientes intenten llevar a cabo la conducta que están evitando. El terapeuta programa la ocurrencia de los síntomas del paciente para que éste los provoque bajo condiciones sistemáticas y específicas. Se requiere del paciente dos cosas:

1. Renunciar al control sobre las respuestas autonómicas o sobre la conducta de otras personas.

2. Engrandecer las temidas consecuencias que se atribuyen a tales respuestas o conductas. En su lugar, se indica que se esfuerce para que el síntoma aparezca o para que lo haga de forma diferente y procure que se produzcan las peores consecuencias. Para conseguir este objetivo, la IP puede adoptar diferentes modalidades de aplicación.

3.2.1. *Prescripción de síntomas*

Es la modalidad de IP más común pero no la única. Consiste en pedir al paciente que intente provocar los síntomas que precisamente desea impedir, o que realice la conducta que no desea, por miedo a las consecuencias que anticipa. Los síntomas deben provocarse de manera similar a como suceden de forma involuntaria, y en las mismas ocasiones o ante las mismas tareas o estímulos y durante un tiempo determinado. Es conveniente que el paciente provoque voluntariamente los síntomas justo antes de que éstos aparezcan de manera natural, o que los mantenga y trate de intensificarlos si es que ya se han presentado de forma involuntaria. Debe provocar los síntomas cuando se encuentre en la situación en la que habitualmente éstos aparecen (por ejemplo, evitar quedarse dormido al meterse en la cama, procurando aguantar despierto el mayor tiempo posible; ponerse nervioso y tratar de tartamudear más cuando le toca leer en clase, etc.).

La prescripción de síntomas se aplica principalmente en el manejo de respuestas involuntarias —psicofisiológicas y cognitivas— y de comportamientos motores sobre los que el paciente dice no tener control una vez que comienzan (por ejemplo, tics, problemas de control de impulsos, enfadarse y gritar) o cuando los intentos de controlar la conducta desadaptativa de otras personas han fracasado (por ejemplo, rabietas infantiles). Debido a la sorpresa que puede provocar, el posible rechazo inicial ante esta tarea o la falta de recursos del paciente para provocar los síntomas, es preciso dar instrucciones claras sobre qué hacer mientras lleva a cabo la prescripción, precisamente para someter los síntomas a control voluntario o, paradójicamente, inhibirlos cuando trata de provocarlos (por ejemplo, «al acostarse en la cama y apagar la luz, debe permanecer relajado con los ojos abiertos, concentrándose en la tranquilidad y el silencio y dejando que aparezcan pensamientos acerca de si dormirá o no; en el caso de que se quede dormido, no pasa nada, podrá intentarse mejor al día siguiente»).

Para poder aplicar correctamente la prescripción de síntomas, el terapeuta debe ser muy específico en la tarea que prescribe al paciente (qué, cómo, cuándo y dónde debe hacerlo). Por ello, es necesario que conozca bien cuándo se produce el problema (por ejemplo, «¿hay momentos en los que el problema aparece habitualmente o siempre y momentos en los que nunca aparece?, ¿hay algún momento específico del día, la semana, el mes..., en que el problema aparece con más o menos frecuencia?»), dónde aparece el problema, cuáles son las acciones del problema, sus manifestaciones concretas (por ejemplo, «si hubiera una grabación de vídeo en ese momento, ¿qué veríamos?, ¿qué posturas, gestos, movimientos, diálogos, etc., podríamos ver y oír?»), con quién se produce y cuáles son las excepciones. De esta manera, está en condiciones de prescribir la ocurrencia literal del síntoma, traducida en pautas muy concretas (por ejemplo, «debes intentar que tu corazón lata más deprisa y más fuerte», en vez de «debes ponerte muy nervioso», o «debes pedirle a tu hijo que grite tan alto como pueda y se tire al suelo y patalee cinco minutos antes de que sea el momento de apagar la televisión» en vez de «pide a tu hijo que monte una rabieta»).

En algunas ocasiones, el terapeuta introduce algún cambio en la ocurrencia voluntaria del síntoma —en sus componentes o parámetros— o en el contexto de su aparición con intención de modificar la secuencia y adquirir control sobre él. Son las modalidades de *extensión y secuenciación o planificación del síntoma* (Dowd y Trutt, 1988).

Para aplicar las modalidades de secuenciación y extensión del síntoma es preciso que la conducta problema se pueda prolongar en el tiempo de forma controlada, suceda de forma habitual y resulte ansiógena. Si se trata de problemas interpersonales, estas modalidades son más eficaces y rápidas. En estos casos, debe asegurarse especialmente la relación te-

TABLA 25.3

Cambios en el patrón de la conducta problema prescritos con IP

Cambiar la frecuencia, el ritmo o la tasa de ocurrencia. Llamar a mamá 50 veces seguidas; provocar las obsesiones cada 15 minutos.
Cambiar el momento en que sucede. Iniciar la rabieta nada más entrar en el coche.
Cambiar el modo en que se inicia. Agitar la cabeza antes de empezar a tartamudear.
Introducir un inicio aleatorio. Lanzar una moneda y decidir iniciar o posponer el ritual.
Introducir un inicio arbitrario. Comenzar los pensamientos negativos a las 11 p.m.
Cambiar la duración total del problema o de sus componentes. Llorar durante 20 minutos; mantener el ritual durante 40 minutos.
Cambiar el lugar en que se produce. Posponer la discusión hasta que los dos estén en el baño.
Cambiar la intensidad. Tener pequeñas crisis de ansiedad a diario, exagerar los síntomas.
Modificar los antecedentes. Provocar los síntomas de agorafobia dentro de casa.
Añadir elementos nuevos a la conducta. Pintarse los labios antes de vomitar tras el atracón.
Cambiar la forma de realizar la conducta. Discutir terminando cada frase con una pregunta.
Cambiar el orden de la secuencia. Reñir por las malas notas y luego leerlas por primera vez.
Cambiar el tiempo que transcurre entre un paso y otro. Posponer el atracón cinco minutos.
Crear un cortocircuito, pasar del principio al final. Gritar nada más sentir celos.
Interrumpir la secuencia. Parar a escribir los reproches recibidos antes de contestar.
Descomponer el patrón en elementos más pequeños. Analizar despacio cada síntoma.
Unir una actividad gravosa. Si no se duerme en 15 minutos, levantarse y limpiar la casa.
Cambiar los participantes. Provocar la ansiedad en presencia de la persona de seguridad.
Introducir el humor. Dar un premio a la persona que más grite en una discusión.

rapéutica, ser muy directivo, mostrar mucha confianza en la eficacia de la técnica y acompañar la prescripción de información precisa, que favorezca su aceptación. A veces, el razonamiento de la tarea se basa en una reformulación y reencuadre del problema y las soluciones intentadas, la normalización o en el empleo del humor y la reducción al absurdo.

3.2.2. *Restricción y contención del cambio*

El terapeuta renuncia al cambio, lo desaconseja e incluso lo prohíbe, o subraya ante el paciente las enormes dificultades para poder alcanzar los objetivos propuestos y eliminar el problema, por lo que debería desalentarse de conseguirlo. Evidentemente, estos comentarios e indicaciones pesimistas son sólo aparentes, puesto que el efecto que se pretende es precisamente el opuesto: acelerar el cambio y aumentar el compromiso del paciente con el tratamiento.

Esta versión de la IP es recomendable para manejar conductas sobre las que el paciente sí puede ejercer control directo pero no lo hace o se resiste a cumplir con las tareas que podrían conseguir los objetivos.

Algunas de las estrategias de contención que pueden diseñarse son:

— *Estrategia de calma:* «no apresurarse», hacer muy lentas las mejorías, intentar cambios «muy prudentes y despacio», anticipar las recaídas tras la mejoría o negar la posibilidad de que ésta suceda «por la gravedad del caso». Partiendo de la idea de que el problema se mantiene por las soluciones ineficaces intentadas, si el paciente trata de avanzar más despacio en la solución del problema, deberá hacer menos esfuerzos para resolverlo, con lo que éste mejorará.
— *Subrayar «los peligros de una mejoría»,* o explorar con el paciente qué problemas tendrá que resolver cuando haya resuelto el problema actual, o qué beneficios secundarios dejará de obtener cuando su problema actual ya no esté presente (por ejemplo, «¿qué será lo peor que te pueda suceder si este problema se resuelve?, ¿qué inconvenientes le ves a mejorar?», «no podré ayudarle mientras no pueda decirme cuáles son los riesgos que tendrá que asumir cuando ya esté bien», «si mejora su depresión, es posible que sus amigos le propongan más actividades, en las que usted tendrá que participar», etc.).
— *Prohibir el cambio* y los intentos eficaces de solución que se han mostrado antes, al menos durante un tiempo determinado (por ejemplo, prohibir la penetración en la relación sexual cuando la mujer está muy excitada tras una correcta estimulación, en un caso de vaginismo).
— Ofrecer *un cambio de dirección:* consiste en indicar que el tratamiento seguido hasta el momento no ha sido eficaz o al menos no en la medida de lo esperado, por lo que se hace necesario un cambio de orientación «para desatascar» el problema, proponiendo nuevas tareas.
— Indicar *cómo empeorar el problema:* para lo cual basta con indicar al paciente, con cierta ironía pero seriamente, que debe seguir intentando las soluciones ineficaces, e incluso «hacer más de lo mismo» para resolver el problema. El terapeuta lamenta no poder ayudar, pero se muestra en condiciones de conocer muy bien qué hacer para poner las cosas peor. A continuación enumera los intentos de solución del paciente y sus consecuencias indeseables, y comenta que quizá si no lo hace, o hace lo contrario, el problema no empeore.
— *Contraexigencia:* se indica a los pacientes que no deben esperar ningún cambio hasta que transcurra un determinado período de tiempo.

La restricción paradójica es útil con pacientes desafiantes, que tratan de retar al terapeuta con una actitud negativista y de incumplimiento de tareas, por lo que la prescripción de lentitud o incumplimiento puede acelerar el cambio y aumentar la participación y el compromiso. También puede emplearse cuando se quieren plantear nuevos y más amplios objetivos o ante problemas que suponen un tratamiento costoso en tiempo y esfuerzo (por ejemplo, tartamudez) para aumentar la motivación hacia el cambio.

3.2.3. *Replanteamiento y cambio de postura*

Se emplea en casos de pacientes desafiantes o en aquellos que obtienen alguna ventaja por la conducta problema y en los problemas de pareja o familia, en los que se intenta controlar la conducta del otro mediante la imposición, la discusión y la escalada simétrica (Fisch et al., 1984). En estos casos, el terapeuta adopta la interpretación catastrofista del problema que tiene el paciente e incluso la exagera más con el fin de provocar su reacción en la dirección opuesta (por ejemplo, cuando el paciente, sin motivo aparente, se queja de su poca valía para recibir comentarios piadosos del terapeuta o sus familiares, éstos le dan la razón e incluso consideran que aún es menos válido de lo que dice).

Una modalidad empleada en terapia de familia es el *sabotaje benévolo,* en el que se pide al cliente que ponga freno a la escalada simétrica de discusiones, imposiciones o amenazas dando la razón al «contrincante» y adoptando una postura aún más sumisa. Esta actitud suele atenuar la ira del otro, que ya no

puede alimentar su enfrentamiento con la oposición del interlocutor, sino que suele adoptar también una postura de aceptación y sumisión. A veces se prescriben inofensivos pero molestos «descuidos» pidiendo que se disculpe cada vez que sea recriminado por ellos, con intención de motivar para el cambio de la otra persona (por ejemplo, una madre pide perdón a su hijo por haber tirado a la basura algunas cosas que tenía tiradas por el suelo de su habitación creyendo que era ella la responsable del orden y que no le cabían en la papelera, que ella tampoco había vaciado).

3.2.4. *Reformulación del problema: reformulación y redefinición*

No es propiamente una intervención paradójica, pero se emplea con frecuencia asociada a la prescripción de síntomas y a la restricción con la finalidad de cambiar el significado de la conducta problema y favorecer la aplicación de la IP. En ocasiones, se trata de presentar el síntoma como positivo e incluso deseable, no por sus manifestaciones en sí sino por lo que pueden significar (por ejemplo, interpretar la depresión como propia de personas sensibles, como un período de descanso de las obligaciones cotidianas, como una ocasión para que otras personas le muestren su preocupación y dedique su atención a su propio malestar y no a preocuparse por otros, o la oportunidad para que otros miembros de la familia comiencen a hacerse cargo de las tareas que habitualmente recaen sobre el paciente). La reformulación es útil si dificulta al paciente volver a su anterior punto de vista sobre el problema o al menos ofrece otras interpretaciones posibles más adaptativas. Si se convence al paciente de que el síntoma es algo adaptativo, es más fácil que ceda en sus intentos negativos de solución del problema, pues lo indeseable se interpreta como positivo. Un buen ejemplo es indicar que conviene que se presente el síntoma (por ejemplo, ansiedad o insomnio) y no se haga nada por evitarlo para poder estudiarlo bien y aportar más información al terapeuta.

Otra posibilidad es reetiquetar el problema sin necesidad de reformularlo. La redefinición supone cambiar el nombre y transformar el lenguaje para presentar los síntomas como conductas concretas sobre las que se puede adquirir control.

3.2.5. *Programación de recaídas*

Consiste en pedir al paciente que está mejorando o que tiene control sobre su conducta problema que trate de estar mal otra vez o que vuelva a hacer lo que no desea. El hecho de pensar en cómo se podrían empeorar las cosas permite a menudo darse cuenta de cómo se contribuía a mantener los problemas de una forma que puede ser más difícil cuando se piensa en cómo mejorar.

Las recaídas programadas son, precisamente, una estrategia de prevención de recaídas y de afianzamiento de los logros conseguidos. Como técnica paradójica pretende evitar que la recaída suceda fuera del control del paciente y que éste tenga experiencia directa de que la mejor manera de hacer que el problema aparezca de nuevo es volver a los fracasados intentos de solución anteriores o dejar de hacer lo que ha demostrado eficacia. En cualquier caso, si la recaída sucede cuando es prescrita por el terapeuta, la valoración que hace el paciente de ella es diferente (por ejemplo, no es un fracaso sino el cumplimiento de una tarea y una ocasión para aprender controlada por paciente y terapeuta) y sus efectos también lo son. En otros casos, planificar una recaída para que tenga lugar cuándo y dónde se decida de antemano es una buena manera de que no tenga lugar, debido a la acción de los factores paradójicos presentes en la tarea.

Se ha incluido la prescripción o programación de recaídas en casos de abuso de alcohol y otras drogas, pidiendo a los pacientes que «pierdan el control» y vuelvan a consumir en un momento y de una forma determinados, lo que altera la secuencia completa y permite posponer el consumo y atribuir a su propia eficacia el logro de la abstinencia. En otras ocasiones, esta técnica elimina el riesgo de atribuir la recaída al atractivo de la conducta adictiva y permite rechazar las expectativas positivas acerca de las consecuencias anticipadas del consumo (por ejemplo, «está claro que debes seguir bebiendo; es-

pera cinco días y bebes lo que quieras aquí. Mientras tanto, anota todo lo que esperas conseguir de esa primera copa»). Además, sirve para poner en marcha las habilidades entrenadas para el control de la conducta problema en los momentos en que ésta se presente de nuevo.

Las modalidades de recaída programada propuestas por Marlatt y Gordon (1985) son:

— *Estrategia de «última trinchera»:* planificar y prescribir la recaída cuando se anticipa que ésta es inminente, a pesar de todos los esfuerzos por controlarla.
— *Desconfirmación de las expectativas positivas.*
— *Planificar recaídas como parte del programa de tratamiento:* para cambiar la interpretación catastrofista de la conducta problema y desactivar el efecto de contrarregulación.

3.2.6. *Confusión e interferencia*

Consiste en emplear un lenguaje confuso, irrelevante y ambiguo para obligar al paciente a dar información más precisa, cuando éste se resiste a concretar sus problemas en términos operativos o a seguir los pasos de una evaluación sistematizada. Esta confusión creada por el terapeuta le obliga a concretar su información si quiere que la conversación discurra de manera comprensible.

3.2.7. *Utilización*

Consiste en emplear algunas técnicas de evaluación no con finalidad de recoger información sino para provocar reactancia y alterar el curso del problema (por ejemplo, emplear el autorregistro detallado de las obsesiones con el fin de modificar su secuencia). En otras ocasiones, se atribuye cualquier cambio positivo a la actitud o comportamiento del paciente en las tareas de evaluación o intervención, aunque no exista una relación clara, o se define cualquier cambio en el patrón del problema como un progreso terapéutico.

También se puede emplear la anticipación de los resultados con la finalidad de provocar el efecto contrario (por ejemplo, «seguro que ahora tendrás más miedo» o «este paso será el más difícil» o «es una tarea muy difícil que dudo que puedas hacer»). Conviene estar seguro de que la anticipación que se realice no será acertada.

Otras tareas que pueden incluirse aquí, propias de la terapia breve, son la exploración de las excepciones al problema y del cambio pretratamiento (por ejemplo, se pide al paciente que repita aquellos comportamientos que impidieron que apareciera el problema o le permitieron controlarlo), el empleo de la «pregunta milagro» y las proyecciones al futuro y escalas de avance (Rodríguez-Arias y Venero, 2006).

El siguiente diálogo entre paciente y terapeuta resume el momento en que éste prescribe la IP de manera directa y explícita. Será un buen ejercicio para el lector identificar cuáles de las modalidades paradójicas descritas en este apartado se recogen en este caso.

T: En definitiva, y como hemos comentado antes, creo que el problema es que tratas de hacer las cosas perfectamente, lo cual es muy loable, pero sin conseguirlo del todo, por lo que notas una gran frustración. No eres todo lo perfecto que deseas.

P: Efectivamente, y eso es lo que me hace ponerme nervioso y preocupado. La idea de que podría estar siempre mejor y empleo mucho tiempo, y cambio una y otra vez los borradores del texto...

T: Y así deberías seguir hasta la eternidad para poder estar del todo satisfecho. Bien, el problema es que esas ideas acerca del perfeccionismo y la ansiedad aparecen siempre cuando quieren y tú no haces otra cosa que seguirles la corriente, razonando, o tratar de eliminarlas por todos los medios y no lo logras, lo que es además un defecto, ¿es así?

P: Así es, y resulta agotador.

T: Claro. Tratar de mantener el control sobre los propios pensamientos exige mucho entrenamiento, sobre todo en aquellos que aparecen con cierta dosis de ansiedad. Y tú deberías intentar hacer eso también perfectamente. Hasta ahora, lo único que haces es esperar a que esos pensamientos vengan cuando quieran y tratar de luchar contra ellos, pero permanecen hasta que deciden irse.

TABLA 25.4

Fases en la aplicación de la intención paradójica

1. Evaluación funcional del síntoma o conducta problema y del objetivo
— Descripción topográfica y funcional. Análisis de secuencias de la conducta problema. — Establecimiento claro de la relación funcional entre conducta problema e intento de solución: ciclo síntoma-solución como hipótesis de mantenimiento. — Determinación del denominador común de las soluciones intentadas ineficaces. — Conocer la «lógica» del paciente que le lleva a emplear las soluciones ineficaces. — Definir operativamente el objetivo en términos de acción o cambio de conducta.
2. Redefinir el síntoma o conducta problema
— Explicación de la «bondad» del síntoma y cambio de significado, siempre en relación con el análisis funcional. Asegurar aceptación del paciente y compromiso de cambio. — En pacientes desafiantes, favorecer su resistencia en vez de intentar reducirla. — En ocasiones, emplear replanteamiento y exageración del síntoma. — Mostrar mucha seguridad en la redefinición. Estrategia de *pacto del diablo* (por ejemplo, «conozco un método infalible, pero sólo se lo diré si se compromete a seguirlo»).
3. Prescripción del síntoma o indicar cambios en el propio patrón de la queja
— Provocar el síntoma en el lugar y momento indicados y de la forma señalada, con instrucciones específicas y estructuradas. Secuenciar las tareas. — Relacionar las tareas con la postura del paciente y la explicación ofrecida para que resulten lógicas. — Establecer un límite de tiempo parta el tratamiento.
4. Reformular y reatribuir los efectos de la IP
— Si fue capaz de provocar el síntoma, atribuir control e introducir cambios. — Si no fue capaz, interpretar como intento fallido y reintentar; tras sucesivos fracasos, reformulación y obtención de consecuencias. — Usar lenguaje del paciente y razones válidas basadas en conductas concretas.
5. Predecir y programar recaídas
— Explicación de la recaída como un retroceso en el cambio y ocasión para aprender. — Indicar la recaída o señalar cómo empeorar los síntomas. — Si el paciente es desafiante, indicar restricción o contención del cambio.
6. Finalización del tratamiento
— Explicar la técnica de IP y dar indicaciones de cómo aplicarla sin ayuda del terapeuta.

P: Sí, es como si tuvieran vida propia (entre sonrisas). Van y vienen cuando quieren. ¡Si yo pudiera impedirlo o al menos que desaparezcan cuando lo intento...!

T: No. Para que puedas controlarlos, el primer paso consiste en que seas tú quien determine cuándo tienen que venir, con qué contenido y durante cuánto tiempo. Éste es el primer paso en la tarea de controlarlos. Se trata de provocarlos adrede.

P: ¿Seguro? Pero ¿no es eso lo que tratamos de evitar?

T: Sin duda que sí. Pero este tipo de ideas recurrentes funcionan así, como si nos retasen. Como tú dices, como si tuvieran vida propia.

P: Sí...

T: Dices que cuando te levantas a las ocho para ir a la facultad no suelen aparecer estas ideas, ¿es así? Es como si estuvieran aún dormidas, y esperan a mediodía o por la tarde, cuando te pones a estudiar o a preparar los trabajos. Pues bien, ahí es cuando debes comenzar a atacar: a las ocho de la mañana, nada más levantarte, antes de ducharte y desayunar, debes comenzar a pensar en estas cosas, hacer que aparezcan los pensamientos obsesivos acerca de tu rendimiento y lo bien que deberías hacerlo todo para evitar ser considerado un torpe. Debes mantener esos pensamientos al menos media hora. Lo más seguro es que te cueste, pero debes esforzarte en ello. Además, probablemente esos pensamientos te parezcan absurdos o traten de desaparecer. Es muy importante que los mantengas nítidamente para conocerlos bien cuando tú lo deseas. Si notas que tu mente se distrae hacia otras cosas, debes traerla de nuevo a estas cavilaciones. Y cuando aparezcan de manera espontánea, aprovecha su presencia para estudiarlas de nuevo, escribiendo con detalle lo que aparece, al menos durante diez minutos. Si estos pensamientos deciden venir solos, tú deberás decidir cuándo se marchan.

P: ¿Seguro que esto será posible?

T: Creo que es difícil, pero estoy seguro de que alguien tan preocupado por hacerlo todo bien será capaz de intentarlo hasta que lo consiga. Sólo cuando seas capaz de provocar los pensamientos en vez de dejar que sean ellos los que aparezcan y tú trates de eliminarlos estarás en condiciones de poder neutralizarlos del todo.

3.3. Variaciones de las técnicas paradójicas

Además de las modalidades de IP que se han expuesto, existen técnicas terapéuticas que implican elementos paradójicos, aunque su actuación no se explique sólo por la paradoja. Pueden emplearse con intención de activar sus efectos paradójicos o relacionarlas con el marco común de tratamiento basado en la IP.

Práctica masiva o práctica negativa

Propuesta por Dunlap (1928) para el control de tics y hábitos motores nerviosos, peligroso o molestos, se ha considerado la primera técnica paradójica empleada en terapia de conducta. Consiste en pedir al paciente que repita muchas veces (100-150 veces, o constantemente durante un período de tiempo determinado) la conducta problema, sin descanso. No es preciso conocer el reforzador que mantiene la conducta, pero sí su topografía y frecuencia. El fundamento de la técnica es que la práctica voluntaria y masiva de la conducta en un período de tiempo concentrado la hace aversiva y produce saciación e inhibición reactiva, por lo que su aparición posterior es menos probable.

Una modalidad aplicada a los tics infantiles es la *práctica masiva contingente,* en la que el niño debe repetir el tic o hábito tan exactamente como pueda durante 30 segundos después de cada ocurrencia espontánea.

La práctica negativa se puede emplear también para eliminar la discusiones familiares, que a menudo son repetitivas y estereotipadas hasta el extremo de poder predecir lo que el otro va a decir o hacer o en comportamientos peligrosos (por ejemplo, encender cerillas por niños) o molestos (por ejemplo, reclamar a los padres o pedir hablar constantemente).

Programación de quejas o «tiempo basura»

Consiste en negociar con el paciente una serie de períodos específicos durante el día en los que debe pensar intencionadamente y anotar las ideas negativas recurrentes que le asaltan de manera involunta-

ria e incontrolada en otras situaciones y momentos. La frecuencia y duración de estos períodos dependen de las posibilidades reales del paciente y de su eficacia en los primeros ensayos. Se programan para momentos en los que no interfiera con otras actividades, de manera que el paciente pueda dedicarse sólo a la tarea. Como norma general, conviene que sean más frecuentes y duraderos al principio (por ejemplo, cuatro o cinco veces al día, durante 10-15 minutos cada vez) y reducir gradualmente su ocurrencia y duración si la frecuencia de pensamientos inesperados disminuye. En esos momentos no debe hacer otra cosa que pensar en aspectos negativos o mantener sus ideas obsesivas (Vázquez, 2003).

Exposición al deseo de consumo *(urge surfing)*

Diseñada por Marlatt y Gordon (1985) dentro de los programas de prevención de recaídas, se orienta a la reducción del deseo condicionado de consumo de sustancias en la fase de deshabituación. Se basa en el supuesto de que, al intentar eliminar o bloquear el deseo, éste aumenta su intensidad y frecuencia. El procedimiento consta de tres etapas:

1. Adoptar una postura relajante para analizar en qué partes del cuerpo se experimenta el deseo.
2. Centrarse en una de ellas y verbalizar las sensaciones que se tienen en ese momento.
3. Hacer lo mismo con el resto de las partes del cuerpo que se encuentran activadas.

En vez de evitar el deseo, el paciente debe «deslizarse» por él hasta que desaparezca de forma natural.

Juego paradójico

Se presenta como IP autoaplicada. Es eficaz para motivar a un tratamiento guiado por el terapeuta, para dar indicaciones de generalización tras la terapia o con finalidad preventiva, para explicar por qué algunos problemas se mantienen por los intentos de

TABLA 25.5

El juego paradójico (adaptado de McKay, Davis y Fanning, 1985)

El problema
¿Qué es lo que más teme experimentar en la vida y desea dejar de temer y evitar? Descríbalo con una conducta (por ejemplo, en vez de enfadarse escriba «gritar»). ¿Cuándo y dónde se produce? ¿Cuánto dura? ¿Con quién está? ¿Qué hace exactamente? ¿Cómo se siente actuando así?
Objetivo y compromiso
— Señale cinco formas en las que desea plantear el cambio de conducta. — Escriba su compromiso, un contrato consigo mismo para terminar el juego paradójico.
El plan y su justificación
Permitirse hacer lo que piensa que no debería hacer, autorizarse lo que se ha negado. — Escribir la conducta problema y cuándo, dónde y durante cuánto tiempo suele hacerlo. — Introduzca un cambio o dos: en el lugar, en el momento, en la forma en que lo hace... — Escriba la razón por la que quiere hacer una cosa así: práctica, filosófica, ridícula...
Acción y valoración de los resultados de los sucesivos intentos

solución. Debe indicarse que puede no funcionar y parecer ridículo, pero que debe terminar el juego —dura unos 20 minutos— si decide iniciarlo.

3.4. Ámbitos de aplicación de la intención paradójica

Las técnicas de IP se han empleado como complemento de otras estrategias, como técnica de elección cuando otras intervenciones han fracasado o como herramienta principal para el manejo del problema. En general, se considera que la IP es la técnica de elección —o al menos un componente principal en programas de tratamiento amplios— en tres situaciones:

1. Con pacientes desafiantes y oposicionistas.
2. Con pacientes que experimentan falta de control sobre su comportamiento, o cuando el temor al problema y sus consecuencias es su principal mantenedor (por ejemplo, ansiedad recurrente).
3. En sentido amplio, siempre que el análisis funcional determine que son las soluciones del paciente las que agravan o mantienen el problema.

En estos casos, la IP se traduce en tareas específicas que actúen como un «giro de 180°» respecto al patrón común de las soluciones intentadas.

En el caso de pacientes desafiantes o poco motivados, conviene emplear técnicas de contención del cambio y redefinición negativa, seguidas de prescripción de síntomas —anticipando que el paciente intentará que no sucedan— siempre que las conductas que se pretenda cambiar estén bajo el control del paciente, esto es, sean respuestas operantes.

En pacientes colaboradores que experimentan falta de control sobre sus síntomas, se ha empleado IP en casos de insomnio, agorafobia, pánico, trastorno de conversión, ansiedad antes de los exámenes, fobia social, miedo a hablar en público, hipocondría, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, disfunciones sexuales (especialmente problemas de erección, eyaculación precoz y vaginismo), tarta-

TABLA 25.6

Denominadores comunes de las soluciones que mantienen el problema

Denominador común	Giro 180°	Técnica paradójica
Forzar algo que sólo puede suceder espontáneamente.	Provocar síntomas y no controlarlos.	— Prescripción de síntomas. — Redefinición. — Asociar tarea aversiva.
Dominar un acontecimiento temido evitándolo.	— Provocar el acontecimiento temido. — Exponerse y fracasar.	— Prescripción de síntomas. — Recaída programada.
Llegar a un acuerdo mediante oposición.	— Fingir la sumisión. — Cambio de roles.	— Sabotaje benévolo. — Redefinición.
Conseguir sumisión mediante la libre aceptación.	— Peticiones directas. — No intervención.	— Redefinición. — Replanteamiento. — Contrato.
Confirmar las sospechas mediante autodefensa.	Reducir al absurdo.	— Interferencia. — Crear incertidumbre.

mudez, tics y hábitos nerviosos, bulimia, anorexia, trastornos de conducta infantil, comportamiento negativista y desafiante en adolescentes, falta de motivación académica y procrastinación, trastorno evitativo de la personalidad, problemas de retención de orina, estreñimiento crónico y encopresis, colon irritable y enfermedad de Crohn (Mills, 2000) y, por supuesto, problemas familiares y de pareja en el marco de la terapia breve. En la mayoría de los casos, se utiliza reformulación y prescripción de síntomas y, si el avance es rápido, programación de recaídas o, en menor medida, contención.

Por otra parte, no debe emplearse cuando hay mala relación terapéutica ni en pacientes paranoides o suspicaces o con ideas o conductas autolesivas. Debe evitarse siempre una actitud manipulativa o basada en el secretismo de los mecanismos de acción de la paradoja.

3.5. Un ejemplo ilustrativo de la utilización de intención paradójica

Ernesto es un empleado de banca de 32 años con tartamudez crónica. Desde niño recuerda haber tenido frecuentes repeticiones de sílabas, prolongaciones de fonemas (sobre todo /a/ y /s/ al inicio de la palabra) y, sobre todo, bloqueos con tensión que le impiden continuar diciendo la palabra deseada. Junto con los tartamudeos, aparecen algunos otros signos de tensión articulatoria, sobre todo movimientos laterales de la cabeza, extensión de los labios y parpadeo, que acompañan a los tartamudeos y transmiten una imagen de esfuerzo al hablar. Aunque tartamudea de forma habitual, hay situaciones en las que lo hace aún más, especialmente cuando anticipa que tendrá más problemas de fluidez, cuando se encuentra nervioso y cuando debe hablar por teléfono desde la oficina. Entre los intentos que hace para controlar su tartamudez o, al menos, disimularla, está el uso de muletillas al inicio de la frase (por ejemplo, «esto, ehh» es muy habitual), la sustitución de palabras y la repetición de la palabra anterior al bloqueo. Evita muchas situaciones de habla, especialmente relacionadas con hablar con personas menos conocidas o con ciertos compañeros de trabajo, porque le da mucho apuro, ya que una vez les oyó que se referían a él de manera despectiva debido a su tartamudez. No tiene demasiados problemas para atender al público porque las frases son cortas y bastante estereotipadas, y cuando debe hablar más tiempo «tengo menos temor porque son clientes más conocidos, que me respetan, o tengo cierta sensación de control al otro lado del mostrador». Con su familia y sus amigos, pocos pero antiguos, no teme tartamudear y habla todo lo que desea.

Ernesto recibió tratamiento logopédico hace varios años, y aprendió a leer y hablar más despacio, con lo que reducía la frecuencia y severidad de los

TABLA 25.7

Programa de intervención en un caso de tartamudez crónica

Objetivos	Técnicas utilizadas
1. Disminuir frecuencia y severidad de las disfluencias. 2. Eliminar esfuerzo articulatorio en bloqueos. 3. Reducir ansiedad anticipatoria en situaciones de habla. 4. Eliminar ideas irracionales acerca de la evaluación de los oyentes y centrar la atención en sus reacciones ante los tartamudeos.	1. Modificación de la tartamudez con tartamudeo sencillo (TS). 2. Entrenamiento en habla lenta: *a*) Tiempo fuera de habla. *b*) Transformación mediante TS. 3. *a*) Intención paradójica: prescripción de síntomas mediante TS (falsificación). *b*) Exposición gradual en vivo a situaciones de habla. 4. Intención paradójica.

tartamudeos, pero este tratamiento no se generalizó al habla ordinaria y además su habla lenta le sonaba profundamente artificial y costosa. Sólo lo aplicó cuando debía leer en voz alta, cosa que le ha costado siempre mucho y que evitaba. También evita usar el teléfono, pedir en los restaurantes y hablar con desconocidos.

Solicita tratamiento porque ha recibido una oferta de promoción laboral y le han indicado que debe mejorar algo su habla y los movimientos asociados a sus tartamudeos para desempeñar su trabajo mejor, ya que ahora tendrá que tratar habitualmente con personas menos conocidas.

Tras la evaluación funcional, se propuso un paquete de intervención breve de modificación de la tartamudez (Salgado, 2005) junto con exposición a situaciones comunicativas difíciles, tiempo fuera de intentos de solución e IP para modificar la ansiedad asociada a las disfluencias y sus intentos por disimularlas.

La utilización de la IP se efectuó con doble intención. Por una parte, para aumentar la frecuencia de exposiciones a su propia tartamudez, en situaciones difíciles pero con control por su parte (por ejemplo, «si finges un bloqueo empleando tartamudeo sencillo, sólo tú sabrás que no es un bloqueo real»), y para eliminar los intentos ineficaces de control de las disfluencias (hablar deprisa, repetir...), que aumentan los esfuerzos articulatorios y hacen más visibles los tartamudeos. Además, Ernesto se mostró muy de acuerdo con que «la tartamudez en los adultos constituye, en buena medida, los intentos por no tartamudear, y cuanto más lo intento, si estoy nervioso, peor lo hago».

En esta parte del tratamiento, y después de tener control sobre la técnica de tartamudeo sencillo (por ejemplo, alargar el primer sonido continuo de la palabra y suavizar oclusivas), se le pidió que falsificara disfluencias en ciertas situaciones fáciles para él (por ejemplo, que fingiera algunos tartamudeos sencillos de forma voluntaria en alguna frase con clientes que llevaran gafas; con el resto, debía hablar un poquito más despacio y, cuando detectara bloqueo, parar un segundo y emplear tartamudeo sencillo —transformación—). Ernesto entendió que la tarea era en parte un juego en el que él decidía si tenía control sobre la tartamudez, aunque sólo fuera para que apareciera más veces, pero, en este caso, de forma voluntaria.

La parte más difícil del tratamiento fue cuando se le pidió que dedicara un tiempo a ponerse nervioso antes de hablar con algunos compañeros del banco y tratara de tartamudear un poco más. Como esta prescripción no se cumplió, dado el grado de ansiedad que generaba, se mantuvo la prescripción de falsificación de tartamudeos en esas ocasiones «para darles de su propia medicina: ellos no sabrán si tartamudeas adrede». La tarea no se cumplió siempre, pero Ernesto comentó la facilidad que tenía para sustituir las disfluencias reales por tartamudeos sencillos y que ya no dedicaba tanta atención a saber si se estaban fijando en cómo hablaba más que en lo que decía. Empleó mucho la falsificación cuando usaba el teléfono con personas amigas, con las que habló por primera vez de la tartamudez y su tratamiento de una manera abierta, e incluso llegaron a bromear con el tema, lo que a Ernesto le pareció el mayor éxito del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Dantin, L. (2005). La technique d'arrêt de la pensée ou penser l'arrêt de la technique? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 15,* 114-118.

A pesar de tratarse de un artículo breve, se lleva a cabo una interesante y actualizada discusión sobre los límites de eficacia de esta técnica y su uso en la práctica clínica.

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el control del estrés.* Barcelona: Martínez Roca.

Aunque se trata de un manual ya clásico y con pocas referencias teóricas, continúa siendo de interés, sobre todo en la descripción de los procedimientos concretos de estas técnicas y algunas de sus variantes.

Rodríguez-Arias, J. L. y Venero, M. (2006). *Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento terapéutico*. Madrid: CCS.

Es difícil encontrar textos que presenten los tratamientos de terapia breve de modo sistematizado y aporten sugerencias útiles para la terapia de conducta. Este libro es una excepción, que aporta interesantes pautas para el empleo de las técnicas paradójicas. Son especialmente útiles los capítulos 5 y 8.

Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.

Una de las más recientes revisiones en castellano de técnicas cognitivas, y, entre ellas, parada de pensamiento e intención paradójica. El primer capítulo, además, es una interesante reflexión clínica sobre los procesos cognitivos. Una obra de consulta sugerente y obligada.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La parada de pensamiento:

a) Es una técnica adecuada para modificar el contenido de pensamientos intrusivos.
b) Es útil a la hora de modificar pensamientos repetitivos elaborados.
c) Es útil para disminuir la frecuencia y duración de pensamientos repetitivos, mecánicos e intrusivos no elaborados.

2. Cuando se emplea parada de pensamiento en el tratamiento de las obsesiones puras:

a) El objetivo fundamental es que el sujeto escape de la idea obsesiva.
b) Se trata de detener los rituales encubiertos antes de que comiencen.
c) Debemos comenzar el entrenamiento con los pensamientos que generan más malestar e interferencia en la vida cotidiana del sujeto.

3. A la hora de explicar la eficacia de la parada de pensamiento:

a) La hipótesis clásica del escape de las ideas intrusivas explica la eficacia de la técnica en el tratamiento del TOC.
b) La hipótesis del escape de las ideas intrusivas explica la poca eficacia de la técnica en el tratamiento del TOC.
c) Hay que desestimar los efectos sobre la autoeficacia y sensación de control del sujeto.

4. El entrenamiento de esta técnica:

a) Debe llevarse a cabo en el contexto estresante en el que está inmerso el sujeto.
b) La técnica tiene un éxito inmediato, apreciándose una desaparición definitiva de los pensamientos intrusivos.
c) Al principio la técnica tiene un éxito limitado, los pensamientos desaparecen sólo temporalmente y es posible que reaparezcan.

5. Cuando se utiliza la parada de pensamiento:

a) Se debe usar siempre un estímulo aversivo muy intenso para detener el pensamiento.
b) Debe tener prioridad sobre el empleo de otras técnicas cognitivas.
c) Generalmente se emplea como técnica auxiliar complementaria a otras estrategias.

6. La intención paradójica (IP) consiste principalmente en pedir al paciente que:

a) Considere de otra manera su problema (por ejemplo, reencuadre) para seguir controlándolo.

b) Trate de provocar voluntariamente el problema que le preocupa y anticipar las consecuencias.
c) Se oponga a las prescripciones terapéuticas para que el problema no aparezca.

7. Según el modelo de procesamiento irónico de Wegner (2002), la IP activa:

a) Un proceso voluntario de evitación del síntoma.
b) Un proceso involuntario de anticipación de fracaso en el control del síntoma.
c) Un proceso involuntario de anticipación de fracaso en la producción voluntaria del síntoma.

8. La prescripción de síntomas es especialmente útil para manejar respuestas:

a) Involuntarias, sobre las que el paciente quiere tener control.
b) Voluntarias, que el paciente desea que se produzcan con más frecuencia.
c) Cognitivas, centradas en las consecuencias de controlar correctamente el problema.

9. La técnica de «sabotaje benévolo» puede emplearse ante problemas:

a) Personales, especialmente de ansiedad anticipatoria.
b) Interpersonales, sobre todo cuando una de las partes no desea ningún cambio.
c) Familiares, siempre que ningún miembro esté dispuesto a colaborar.

10. No es recomendable emplear IP con pacientes:

a) Oposicionistas y poco colaboradores, ya que se niegan a cumplir las tareas.
b) Paranoides o con ideas autolesivas.
c) Que presentan ideas obsesivas, agorafobia o fobia social.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	b	c	c	b	c	a	b	b

Entrenamiento en habilidades sociales 26

VICENTE E. CABALLO
M.ª JESÚS IRURTIA

1. INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más potentes de las que disponemos hoy día, utilizándose para aumentar la eficacia interpersonal, para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos y para la mejora general de la calidad de vida. No obstante, se trata de una de las técnicas de intervención más difíciles y laboriosas, ya que requiere conocimientos de muy diversas áreas de la psicología por encontrarse, con frecuencia, determinada por la subcultura en la que se lleva a cabo el comportamiento que se va a entrenar. Desde sus primeros inicios como *entrenamiento asertivo,* la esfera de acción de este procedimiento se ha extendido hasta ser considerado hoy día una de las estrategias de tratamiento más ampliamente utilizada dentro del marco de los servicios de salud mental (Caballo e Irurtia, 2004; Foster y Bussman, 2008; Liberman, 2007; Mueser y Bellack, 2007).

El uso explícito del término *habilidades* significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. El modelo cognitivo-conductual destaca, por un lado, que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, y, por otro, que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. Además, la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción de ambos. Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una *dimensión conductual* (tipo de habilidad), una *dimensión personal* (las variables cognitivas) y una *dimensión situacional* (el contexto ambiental). Por otra parte, las clases de dimensiones que integran el campo de las habilidades sociales son las siguientes (Caballo, 1991b, 1997):

1. Iniciar y mantener conversaciones.
2. Hablar en público.
3. Expresión de amor, agrado y afecto.
4. Defensa de los propios derechos.
5. Petición de favores.
6. Rechazar peticiones.
7. Hacer cumplidos.
8. Aceptar cumplidos.
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Petición de cambios en la conducta del otro.
13. Afrontamiento de las críticas.

2. MARCO TEÓRICO

El EHS se puede encuadrar como una técnica de intervención basada en los principios del aprendizaje social (Bandura, 1977). Procedimientos como el aprendizaje por aproximaciones sucesivas, el re-

fuerzo positivo, el refuerzo diferencial, el modelado, el contracondicionamiento, la discriminación o la generalización son inherentes al EHS. No obstante, la filosofía que subyace a la aplicación de esta técnica varía notablemente dependiendo de quien la aplique, planteándose desde posiciones racionalistas, humanistas, pragmáticas, etc. Podríamos definir al EHS como «un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida» (Goldsmith y McFall, 1975, p. 51) o como «un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales» (Curran, 1985, p. 122). Según este autor, las premisas que subyacen al EHS son:

1. Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico.
2. La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
3. Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.
4. Estos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.
5. Una vez aprendidos esos estilos y estrategias, mejorarán la competencia en situaciones específicas.
6. La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.

La importancia del EHS en los casos en que se aplica varía según se utilice como técnica principal o como una ayuda para otros procedimientos terapéuticos. Sin embargo, en todos los casos el EHS se interesa por el cambio del comportamiento social. La esencia del EHS radica en intentar aumentar la conducta adaptativa y prosocial enseñando las habilidades necesarias para una interacción social satisfactoria (Eisler, 1976; Kelly, 1982; Spence y Spence, 1980), con el fin de conseguir la satisfacción interpersonal (Brown y Brown, 1980; Caballo, 1997).

El EHS se compone de una combinación de procedimientos conductuales, para unos (por ejemplo, Heimberg, Montgomery, Madsen y Heimberg, 1977), o de cualquier procedimiento, para otros (por ejemplo, Rimm y Masters, 1974), dirigidos a incrementar la capacidad del individuo para implicarse en las relaciones interpersonales de una manera socialmente apropiada. El EHS se emplea, por tanto, con individuos que tienen dificultades sociales o se manejan de forma socialmente inadecuada. La cuestión es por qué ciertas personas no logran resolver las situaciones de manera socialmente apropiada. Se han hallado una serie de razones que impedirían a un sujeto manifestar una conducta socialmente habilidosa:

1. Las respuestas habilidosas necesarias no están presentes en el *repertorio de respuestas* del individuo. Puede que no haya aprendido nunca la conducta apropiada o puede haber aprendido de forma inadecuada.
2. Sufre una *ansiedad condicionada,* debido a experiencias aversivas o por medio del condicionamiento vicario, que le impide responder de una manera socialmente adecuada.
3. Examina de manera incorrecta su actuación social, *autoevaluándose negativamente,* con acompañamiento de pensamientos «autoderrotistas», o teme las posibles consecuencias de la conducta habilidosa.
4. Siente *falta de motivación* para actuar apropiadamente y puede darse una carencia de refuerzo en las interacciones interpersonales.
5. No tiene capacidad o *no sabe discriminar* adecuadamente las situaciones en las que una respuesta determinada probablemente sea eficaz.
6. No tiene seguridad sobre *sus derechos* o no cree que tenga el derecho de responder apropiadamente.
7. Ha sufrido aislamiento (centros asistenciales, penitenciarías), los efectos de la institucionalización puede producir deshabituación de las respuestas sociales adecuadas.

8. Ha padecido dificultades ambientales restrictivas que le impiden expresarse apropiadamente o que incluso castigan la manifestación de esa conducta socialmente adecuada.

Estos elementos pueden reagruparse en cuatro modelos fundamentales (Bellack y Morrison, 1982):

a) Modelo de déficit en habilidades.
b) Modelo de ansiedad condicionada.
c) Modelo cognitivo evaluativo.
d) Modelo de discriminación errónea.

3. PROCEDIMIENTO

3.1. Elementos esenciales

Teniendo en cuenta los modelos fundamentales mencionados anteriormente, el proceso del EHS debería implicar, en su desarrollo completo, cuatro elementos esenciales de forma estructurada (véase la tabla 26.1):

1. *Entrenamiento en habilidades,* en que se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto.
2. *Reducción de la ansiedad* en situaciones sociales problemáticas. Con frecuencia, esta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta, empleando la nueva conducta más adaptativa e incompatible con la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958). Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se podrán emplear técnicas de relajación y/o desensibilización sistemática.
3. *Reestructuración cognitiva,* para tratar de modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes desadaptativas. La reestructuración cognitiva, al igual que la reducción de ansiedad, se suele dar de manera indirecta. La adquisición de nuevas conductas modifica, a más largo plazo, las cogniciones del individuo.
4. *Entrenamiento en solución de problemas.* Se enseña al sujeto a percibir y procesar correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes; de esta forma logrará seleccionar una de las respuestas que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que persigue en la comunicación interpersonal. El entrenamiento en solución de problemas no se suele llevar a cabo de forma sistemática en los programas de EHS, aunque generalmente se encuentra presente de forma implícita.

TABLA 26.1
El proceso del EHS

Elementos	**Entrenamiento en habilidades**	**Reducción de la ansiedad**	**Reestructuración cognitiva**	**Entrenamiento en solución de problemas**
Técnicas	• Instrucciones. • Modelado. • Ensayo de conducta. • Retroalimentación. • Refuerzo.	• Respiración diafragmática. • Relajación. • Autoobservación. • Distracción cognitiva. • Desensibilización sistemática.	• Autoinstrucciones. • Autocontrol. • Reetiquetado racional, positivo.	• Orientación hacia el problema. • Definición del problema. • Generación de alternativas. • Toma de decisiones. • Puesta en práctica de la solución.

3.2. Etapas en el EHS

Un programa completo de EHS debe gestionar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales tanto verbales como no verbales. En la práctica, consideramos (Caballo, 1997; Caballo e Irurtia, 2004; Lange, Rimm y Loxley, 1978) que las cuatro etapas del EHS son las siguientes:

a) En una primera etapa podemos trabajar sobre la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.
b) Una segunda etapa del EHS que consiste en que el paciente entienda y distinga entre respuestas *asertivas, no asertivas* y *agresivas.* Los individuos participantes deben tener claro que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento.
c) Una tercera etapa aborda la reestructuración cognitiva de la forma de pensar incorrecta de la persona socialmente inadecuada en situaciones concretas. El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas consiste en ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen a sí mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta.
d) La cuarta etapa la constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas.

Estas etapas no son necesariamente sucesivas, ya que en ocasiones se entremezclan en el tiempo y se pueden readaptar y modificar para adecuarlas mejor a las necesidades del/os sujeto/s.

3.3. Desarrollo del EHS

El formato básico del EHS (tanto individual como grupal) incluye identificar primero, con la ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultades. Lo mejor es obtener varios ejemplos específicos de las situaciones problemáticas en términos de lo que sucede realmente en ellas. La entrevista, el autorregistro, los instrumentos de autoinforme, el empleo de situaciones análogas y/o la observación en la vida real constituyen herramientas frecuentemente utilizadas en la determinación de problemas de inadecuación social. La delimitación de la naturaleza del problema es importante porque el tratamiento específico que se emplee puede depender, hasta cierto punto, de la clase de conducta-problema.

Una vez identificada/s la/s conducta/s problema, analizamos por qué el individuo no logra comportarse de forma socialmente adecuada. En el apartado anterior se ha destacado una serie de factores que podrían impedir a una persona comportarse de forma socialmente habilidosa (por ejemplo, déficit en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas, discriminación errónea). La especificación de los factores implicados en la conducta desadaptativa nos facilitará el camino para el empleo de los distintos procedimientos del EHS.

Antes de comenzar con el entrenamiento en sí, es importante informar al/os paciente/s sobre la naturaleza del EHS, sobre los objetivos a alcanzar en la terapia y sobre lo que se espera que realice/n. Además, es importante fomentar la motivación hacia el entrenamiento que va a tener lugar.

Con frecuencia es necesario enseñar al/os paciente/s a relajarse y mantener el autocontrol antes de que aborden determinadas situaciones problemáticas. La reducción de la ansiedad favorecerá, con toda probabilidad, la actuación socialmente adecuada del paciente, así como la modificación o la adquisición de nuevas habilidades en el caso de no poseerlas. El control respiratorio abdominal y la relajación progresiva de Jacobson se utiliza en este contexto, dando especial importancia a la relajación diferencial (véase el capítulo 7).

Posteriormente, siguiendo el esquema propuesto por Lange, Rimm y Loxley (1978) para el desarrollo del EHS, consideramos, en una primera fase, la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. Una segunda fase, apuntada anteriormente, consiste en que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no

asertivas y agresivas. Una tercera fase aborda la reestructuración cognitiva de los modos de pensar incorrectos del individuo socialmente inadecuado. La cuarta fase la constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas. En esta etapa, los procedimientos empleados son el ensayo de conducta (elemento básico de trabajo), el modelado, las instrucciones, la retroalimentación bajo forma de refuerzo y las tareas para casa. En las tablas 26.2 y 26.3 podemos observar un resumen, a modo de ejemplo, de dos sesiones correspondientes a un entrenamiento grupal de una primera y segunda sesiones respectivamente.

3.4. El ensayo de conducta

El ensayo de conducta es el procedimiento más frecuentemente empleado en el EHS. Por medio de éste se representan maneras apropiadas y eficaces de afrontar las situaciones de la vida real que son problemáticas para los pacientes. Los objetivos del ensayo de conducta consisten en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas. El ensayo de conducta se diferencia de otras formas de representación de papeles, como el psicodrama, al centrarse en el cambio de conducta como un fin en sí mismo y no como una técnica para identificar o expresar supuestos conflictos.

3.4.1. *Consideraciones*

Conviene tener en cuenta ciertas consideraciones sobre el ensayo de conducta:

1. Debemos limitarlo a un problema en una situación. No hay que intentar resolverlo todo enseguida.
2. Debemos limitarlo al problema que se expuso en un principio.
3. Debemos escoger una situación reciente o una que es probable que ocurra en un futuro cercano.
4. Debemos evitar prolongar la parte de la representación de papeles más de uno a tres minutos.
5. Las respuestas deberían ser tan cortas como fuese posible.

TABLA 26.2

Ejemplo de pasos a seguir en una primera sesión grupal de EHS

Sesión	Objetivos	Ejercicios
1	1. Información general de todo el proceso de entrenamiento. 2. Recogida de datos para el establecimiento de objetivos particulares. 3. Presentación de los participantes. 4. Valoración de los derechos asertivos. 5. Discriminación básica de los estilos de respuesta. 6. Discriminación general de los estilos cognitivos y reestructuración cognitiva de las cogniciones inadecuadas. 7. Ensayo de conducta guiado. 8. Tareas para casa: autoobservar la propia conducta.	1. Escucha y aclaración de dudas. 2. Entrevista. Autorregistros. 3. Ejercicio de distensión grupal presentando al compañero. 4. Breve discusión sobre los derechos asertivos y valoración personal sobre por qué los quebrantamos. 5. Solución de ejemplos planteados de discriminación de estilos de respuesta. 6. Breve autoobservación de las propias cogniciones ante ejemplos situacionales. 7. Ensayo: presentarse a un grupo (apoyo de tarjeta-guión). 8. Autoobservación y autorregistro de los componentes trabajados en la sesión en diferentes interacciones sociales.

TABLA 26.3

Ejemplo de pasos a seguir en una segunda sesión grupal de EHS

Sesión	Objetivos	Ejercicios
2	1. Revisión de las tareas para casa. 2. Información y valoración de los objetivos particulares recogidos en la primera sesión. 3. Instrucción sobre los componentes no verbales: sonrisa, contacto visual, postura y distancia corporal. 4. Estudio de los componentes paralingüísticos: volumen, velocidad, claridad y entonación de la voz. 5. Ensayo de conducta: hacer un cumplido. 6. Explicación y entrenamiento en respiración de autocontrol. 7. Ensayo de conducta: iniciar una conversación. 8. Ensayo de conducta guiado. 9. Tareas para casa: realizar cumplidos a personas de confianza e interactuar brevemente iniciando conversaciones en lugares habituales (por ejemplo, comercio).	1. Escucha y aclaración de dudas. 2. Valorar los más importantes para el grupo y para cada uno. 3. Ejercicios breves en pequeño grupo. 4. Ejercicios breves en pequeño grupo. 5. Preparar cumplidos por escrito y de forma anónima repartirlos entre los miembros del grupo. Aplicación en el ensayo de conducta. Ejercicios breves en pequeño grupo. 6. Práctica de respiración. 7. Por parejas, se representa una escena de viaje de largo recorrido en tren, bus o avión. 8. Ensayo: presentarse a un grupo (apoyo de tarjeta-guión). 9. Autoobservar y completar el autorregistro de los componentes trabajados en la sesión en diferentes interacciones sociales indicadas.

6. Recordemos que el que va a actuar es el principal experto sobre cómo es la conducta asertiva y sobre cuál es la mejor respuesta para él/ella en esa situación. Las personas que representen los otros papeles deberían escogerse en función de lo que piensa el que va actuar con respecto a quiénes representarían mejor las escenas.

3.4.2. *Esquema del ensayo de conducta*

Un esquema para el ensayo de los comportamientos a modificar en la clínica sería el siguiente (Caballo, 1997):

1. *Descripción* de la situación «problema».
2. *Representación* de lo que el paciente hace normalmente en esa situación.
3. Identificación de las posibles *cogniciones desadaptativas* que estén influyendo en la conducta socialmente inadecuada del paciente.
4. Identificación de los *derechos humanos básicos* implicados en la situación.
5. Identificación de un *objetivo adecuado* para la respuesta del paciente. Evaluación por parte de éste de los objetivos a corto y largo plazo *(solución de problemas).*
6. Sugerencia de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo y por los entrenadores/terapeutas, concentrándose en *aspectos concretos* de la actuación.
7. Demostración de una de estas respuestas por los miembros del grupo o los entrenadores/terapeutas para el paciente *(modelado).*
8. El paciente *practica encubiertamente* la conducta que va a llevar a cabo como preparación para la representación de papeles.
9. *Representación* por parte del paciente de la respuesta elegida, teniendo en cuenta la conducta del modelo, que acaba de presenciar, y las sugerencias aportadas por los miembros del grupo-terapeutas a la conducta modelada. El paciente no tiene que reproducir «imi-

tando» la conducta modelada, sino que tiene que integrarla en su estilo de respuesta.

10. *Evaluación de la eficacia* de la respuesta.

    1. Por *el que representa el papel,* basándose en el nivel de ansiedad presente y en el grado de eficacia que advierte tuvo la respuesta. Valorará primero lo adecuado y posteriormente lo que considera que puede mejorar.
    2. Por *los otros miembros-entrenadores/terapeutas* del grupo, basándose en el criterio de la conducta habilidosa. La *retroalimentación* proporcionada por éstos es específica, subrayando, como en el caso anterior, primero los rasgos positivos y señalando las conductas inadecuadas o mejorables de manera amigable, no punitiva. Los terapeutas reforzarán las mejorías empleando una estrategia de *moldeamiento* o aproximaciones sucesivas.

11. Teniendo en cuenta la evaluación realizada por el paciente y el resto del grupo, el terapeuta u otro miembro del grupo vuelve a representar *(modelar)* la conducta e incorpora algunas de las sugerencias hechas en el paso anterior. No es conveniente que en cada ensayo se intente mejorar más de dos elementos verbales o no verbales a la vez.
12. Se repiten los pasos 8 a 11 tantas veces como sea necesario, hasta que el paciente (particularmente) y los terapeutas-miembros del grupo piensen que la respuesta ha llegado a un *nivel adecuado* para ser llevada a cabo en la vida real. Hay que señalar que el modelado del paso 11 no es necesario repetirlo en cada ocasión en que se vuelva a representar la escena incorporando directamente el paciente las sugerencias que le han hecho a su nueva representación.
13. Se repite la escena entera, una vez que se han incorporado, progresivamente, todas las posibles mejoras.
14. Se dan las últimas instrucciones al paciente sobre la puesta en práctica de la conducta ensayada en la vida real, las consecuencias positivas y/o negativas con que puede encontrarse, y se le dice que lo más importante es que lo intente, no que tenga éxito *(tareas para casa).* Se le enseña también que, en la próxima sesión, se analizarán tanto la forma de llevar a cabo dicha conducta como los resultados obtenidos.

3.5. Consideraciones a la aplicación del EHS

Al comenzar a aplicar un programa de EHS convendría tener en cuenta algunas cuestiones (Alberti y Emmons, 1978):

1. Que el paciente comprende perfectamente los principios básicos de la conducta socialmente adecuada.
2. Que el paciente está preparado para empezar el programa de EHS.
3. Los intentos iniciales del paciente deberán ser escogidos por su alto potencial de éxito, en cuanto a proporcionar refuerzo.
4. Examinar los posibles cambios que se puedan producir a causa de la nueva conducta del paciente en su entorno cultural.

Asimismo, teniendo en cuenta la importancia de los elementos cognitivos, ya mencionados dentro la propia técnica, es importante, muchas veces, averiguar los pensamientos que el sujeto está teniendo cuando representa la situación problemática. A menudo son esas cogniciones implícitas y/o explícitas las que determinan un comportamiento interpersonal inadecuado por parte del individuo. Igualmente, una apropiada «solución de problemas» (objetivos a corto y a largo plazo) implícita en el ensayo de conducta suele ser un elemento básico para un entrenamiento eficaz.

Por otra parte, las dimensiones o clases de respuesta que integran el constructo de las habilidades sociales ya se han indicado al inicio del capítulo, en

la introducción. Estas dimensiones de conducta se llevan a cabo, necesariamente, con determinadas personas y en presencia de ciertos factores situacionales. Las clases de persona que se han considerado frecuentemente (por ejemplo, Caballo, 1997; Galassi y Galassi, 1977, 1978; Becker, Heimberg y Bellack, 1987) se pueden ver en la tabla 26.4. Asimismo, los factores situacionales son múltiples y variados y no existe una clasificación comúnmente utilizada al respecto. Algunos tipos de situaciones los podemos ver en la misma tabla 26.4. Por otra parte, consideramos que distintas situaciones requieren conductas molares (globales) diferentes. No obstante, estas conductas se componen y descomponen (a la hora del entrenamiento) en elementos más simples, moleculares, que podríamos dividir en elementos conductuales, cognitivos y fisiológicos, que, a su vez, también pueden diferir, en mayor o menor medida, de las situaciones concretas. Así, por ejemplo, los elementos necesarios para dar una charla con éxito son considerablemente diferentes de los necesarios en una situación de relación íntima.

Los elementos conductuales (no verbales, paralingüísticos y verbales) considerados habitualmente en el ámbito del EHS son los siguientes:

a) Mirada y contacto ocular.
b) Expresión facial.
c) Gestos.
d) Postura y orientación.
e) Distancia y contacto físico.
f) Volumen de la voz.
g) Entonación.
h) Fluidez.
i) Tiempo de habla y silencios.
j) Contenido verbal específico (por ejemplo, preguntas con final cerrado o abierto).

(véase Caballo, 1997, para una descripción detallada de cada uno de estos elementos). Algunos elementos cognitivos específicos abordados generalmente en el EHS son las autoverbalizaciones negativas, las ideas poco racionales, los patrones de actuación excesivamente elevados, patrones patológicos de atribución de los éxitos y fracasos sociales, expectativas de consecuencias negativas, falta de confianza en los derechos humanos básicos, falta de conocimiento de las costumbres sociales, esquemas inadecuados, baja autoestima. Finalmente, aunque se han realizado algunas investigaciones sobre los elementos fisiólogicos que pudieran estar implica-

TABLA 26.4

Interacciones con determinadas personas y en presencia de ciertos factores situacionales

Tipos de personas	Factores situacionales
1. Amigos del mismo sexo. 2. Amigos del sexo opuesto. 3. Relaciones íntimas (pareja). 4. Padres. 5. Familiares. 6. Personas con autoridad del mismo sexo. 7. Personas con autoridad del sexo opuesto. 8. Compañeros de trabajo del mismo sexo. 9. Compañeros de trabajo del sexo opuesto. 10. Contactos de consumidor (vendedores/as, camareros/as). 11. Profesionales del mismo sexo (por ejemplo, médicos). 12. Profesionales del sexo opuesto. 13. Niños.	*a*) El lugar de trabajo. *b*) El hogar familiar. *c*) Lugares de consumo (por ejemplo, tiendas). *d*) Lugares de ocio (por ejemplo, bares, cafeterías). *e*) Transportes públicos. *f*) Lugares formales (por ejemplo, conferencias).

dos en la falta de habilidad social (veáse Caballo, 1997), no hay datos suficientes hasta la fecha que respalden la utilidad de emplear estos elementos en la aplicación clínica del EHS.

A la hora de llevar a cabo el ensayo de conducta en la clínica y exponer la situación global problemática para el paciente, las mejoras que se han de ensayar tienen que ver con la modificación progresiva de los elementos conductuales anteriores. Por ejemplo, si el paciente es incapaz de devolver un producto defectuoso a una tienda, a la hora del entrenamiento y modificación de ese comportamiento habrá que tener en cuenta e ir incorporando progresivamente a la conducta final elementos moleculares como los siguientes: mirar a la cara a la otra persona, expresión facial adecuada a la situación, postura firme, gestos que acompañan al habla, volumen de voz apropiado, fluidez normal y contenido de expresión constante del objetivo (con inclusión del procedimiento del «disco rayado» si fuera necesario). En cada nuevo ensayo del comportamiento se van incorporando uno o varios (dependiendo de la facilidad del paciente en integrarlo/s) elementos moleculares. Asimismo, en cada ensayo se le va preguntando por los pensamientos que le pasan por la cabeza, con el objetivo de ir corrigiéndoles en los siguientes ensayos (por ejemplo, autoverbalizaciones negativas, falta de confianza en los derechos humanos básicos, etc.). En un caso real en el que como tarea para casa la paciente tenía que ir a varias tiendas, solicitar en cada una de ellas que le sacasen varios productos, dar las gracias y marcharse sin comprar nada, dicha paciente verbalizó que no creía que tuviera el derecho de hacerle perder el tiempo al vendedor haciendo que le mostrase diferentes objetos sabiendo que no iba a comprar nada. Esa falta de confianza en un derecho básico de consumidor impediría que la tarea para casa tuviera la eficacia necesaria. Por tanto, antes de llevar a cabo ese comportamiento en la vida real, se debe integrar en el repertorio cognitivo del paciente la confianza en ese derecho que todo el mundo tiene como consumidor, es decir, es ventajoso y apropiado que una persona visite varias tiendas y compare antes de comprar cualquier producto. El deber y la función del vendedor es enseñarle al consumidor aquellos productos en los que esté interesado.

Aunque puede haber algunas variaciones del procedimiento de EHS (por ejemplo, utilizar o no la práctica encubierta de la conducta que va a llevar a cabo, plantear o no los derechos implicados en la situación concreta), la realidad es que dicho procedimiento está fuertemente establecido y no se ha incorporado nada claramente novedoso desde los años ochenta. Actualmente podemos encontrar aplicaciones del EHS en diversos ámbitos, algunos de los cuales pueden ser más o menos novedosos, pero el procedimiento en sí permanece prácticamente inalterado desde hace dos décadas.

4. VARIACIONES DE LA TÉCNICA

De entre las muchas técnicas de terapia de conducta, el EHS puede ser una de las más atractivas para el terapeuta, pero es probablemente también una de las más difíciles. En parte esto es así por lo laborioso de su preparación y porque, a menudo, es difícil determinar con certeza una respuesta socialmente apropiada para una situación determinada.

Los procedimientos empleados en el EHS han sido en su mayoría elementos conductuales de terapia. Se han incluido una gran variedad de ellos en los denominados «paquetes» del EHS. Algunas de las variaciones de procedimientos utilizados las podemos encontrar en la tabla 26.5.

Los procedimientos y variaciones del EHS pueden también incluirse, en términos de su función, en una de las siguientes categorías (Rakos, 1991; Rich y Schroeder, 1976):

a) Operaciones de *adquisición* de la respuesta (por ejemplo, modelado manifiesto y encubierto, instrucciones, biblioterapia).
b) Operaciones de *reproducción* de la respuesta (por ejemplo, ensayo de conducta manifiesto y encubierto).
c) Operaciones de *refinamiento* y *fortalecimiento* de la respuesta (por ejemplo, moldeamiento, retroalimentación, aleccionamiento, refuerzo).
d) Operaciones de *reestructuración cognitiva* (por ejemplo, reetiquetado racional, entrena-

TABLA 26.5

Procedimientos utilizados en el EHS

Ensayo de conducta (behavior rehearsal) o *representación de papeles* (role-playing) — Ensayo encubierto *(covert rehearsal):* • Aserción encubierta *(covert assertion).* — Ensayo manifiesto *(overt rehearsal):* • Inversión de papeles *(role reversal).* • Representación exagerada del papel. • Ensayo de conducta dirigido. • Práctica dirigida *(guided practice).* • Ponerse en el papel del otro *(role taking).* • Desensibilización a través de ensayos *(rehearsal desensitization).*
Modelado (modeling) — Modelado encubierto *(covert modeling).* — Modelado manifiesto *(overt modeling).* — Modelado con participación dirigida.
Refuerzo — Refuerzo encubierto. — Refuerzo externo. — Autorrefuerzo.
Retroalimentación (feedback) — Retroalimentación audio/vídeo. — Retroalimentación verbal. — Retroalimentación no verbal. — Retroalimentación por fichas.
Instrucciones (instructions).
Aleccionamiento (coaching).
Tareas para casa.
Llevar un diario.
Reestructuración cognitiva (cognitive restructuring).
Ejercicios de solución de problemas.
Autoinstrucciones.
Detención del pensamiento (thought stopping).
Relajación.

TABLA 26.5 *(continuación)*

Desensibilización (desensitization).
Inundación (flooding).
Reflejarse (mirroring).
Discusión en pequeños grupos.
Ejercicios de clarificación de valores.
Ejercicios no verbales.
Autoevaluación.
Contratos.
Exhortación y charla del terapeuta.
Lecturas seleccionadas.
Películas.
Autocontrol.
Psicodrama.

miento en autoinstrucciones, solución de problemas).

e) Operaciones de *transferencia* de la respuesta (por ejemplo, tareas para casa).

A pesar de la variedad de elementos utilizados, el «paquete» básico del EHS implica los siguientes procedimientos: *instrucciones* (o aleccionamiento), *modelado*, *ensayo de conducta* (procedimiento base), *retroalimentación* y *refuerzo*, elementos de la *terapia racional emotiva*, del *entrenamiento en autoinstrucciones*, más las *tareas para casa,* con el fin de que las habilidades aprendidas en la clínica se generalicen gradualmente a la vida real.

4.1. El EHS en formato individual

La relación más consistente entre evaluación y tratamiento se hace posible empleando el EHS con un único individuo cada vez. Esta modalidad no sólo permite una evaluación inicial de las habilidades y debilidades del paciente durante el período de línea base, sino que, como una función de la observación continua, hace posible una constante reevaluación de la eficacia particular de los procedimientos que se están aplicando.

Por otra parte, el EHS individual permite también la concentración en los problemas particulares del paciente, modificando progresivamente el contenido del programa conforme avanza el entrenamiento, pudiéndose observar la evolución de las habilidades del paciente.

Esta modalidad de EHS puede ser necesaria cuando el sujeto tiene una ansiedad excesiva que le impide adaptarse al grupo. Para este tipo de personas podría ser útil comenzar el entrenamiento de forma individual y, una vez que ha disminuido el excesivo nivel de ansiedad, introducirles en un grupo de EHS.

4.2. El EHS en formato grupal

El entrenamiento en grupo tiene una serie de ventajas respecto al formato individual que se pueden resumir en las siguientes:

1. El grupo ofrece una situación social ya establecida en la que los participantes que reciben el entrenamiento pueden practicar con las demás personas. Un grupo proporciona diferentes tipos de personas necesarias para crear las representaciones de papeles y suministra un mayor rango de retroalimentación. Asimismo, el aprendizaje vicario será más eficaz, ya que los modelos pueden tener características comunes al observador.
2. El grupo procura a sus miembros una serie de personas a quienes conocer y con quienes practicar sus habilidades recién adquiridas. Además, puede ofrecer un contexto de apoyo en el que los pacientes se sientan en un clima de confianza, al reunirse con un grupo de personas con una posición similar a la suya, lo que hará que se encuentren menos intimidados.
3. La situación social en la que se desarrolla el EHS tiene la ventaja de ser real en vez de ser simulada, como suele suceder en las sesiones individuales, y las oportunidades de que la nueva conducta se generalice a otras situaciones sociales aumentan.
4. El entrenamiento en grupo hace un uso más económico del tiempo del terapeuta.

El EHS en grupo puede aplicarse con un formato muy estructurado o con un formato de terapia más amplio y abierto. Las sesiones pueden dedicarse únicamente al entrenamiento de cada habilidad o pueden incorporarse a un orden del día más amplio, que implica otros aspectos terapéuticos. Cuando se aplica en la clínica, sin las restricciones que conlleva un modelo de investigación, el entrenamiento puede llevarse a cabo hasta que una determinada habilidad se haya adquirido de forma óptima (por ejemplo, aprendizaje basado en un criterio). Las variaciones de los métodos de instrucción pueden incluir, entre otros, el empleo de la discusión en grupo, el modelado de las habilidades, las tareas para casa, libros o folletos de trabajo, grabaciones en vídeo con retroalimentación y representaciones de papeles.

Por otra parte, podemos encontrar cuatro tipos de grupos básicos de EHS:

1. Grupos *orientados a ejercicios,* cuyos miembros participan inicialmente en una serie establecida de ejercicios de representación de papeles y, en sesiones posteriores, generan sus propias situaciones de ensayo de conducta.
2. Grupos *orientados hacia los temas,* en los que cada sesión se dedica a un tema determinado y se emplea para ello, básicamente, el ensayo de conducta.
3. Grupos *semiestructurados,* que utilizan algunos ejercicios de representación de papeles, junto con otros procedimientos terapéuticos como el entrenamiento de padres, clarificación de valores, discusión, etc.
4. Grupos *no estructurados,* en los que los ejercicios de representación de papeles se basan totalmente en las necesidades de los miembros de cada sesión.

En resumen, las variaciones del EHS pueden diferir en el énfasis distinto puesto en los diferentes procesos componentes: de los tipos de *métodos de instrucción* empleados para enseñar las habilidades (por ejemplo, representación de papeles, cintas de vídeo, modelado), de la *estructura del programa general* (por ejemplo, modalidades de tratamiento individual versus tratamiento en grupo, población adulta, adolescente o infantil), de la inclusión de *técnicas conductuales y cognitivas* de ayuda y del *tipo de problemas/s objetivo* abordado/s en el tratamiento.

5. APLICACIONES DEL EHS

Se ha sugerido, en ocasiones, que los trastornos mentales son principalmente trastornos de la comunicación y de las relaciones interpersonales (Argyle, Trower y Bryant, 1974; Phillips, 1978). La carencia por parte del organismo de las habilidades sociales necesarias da como resultado estrategias poco adaptativas, como estados emocionales negativos (por ejemplo, ansiedad) y cogniciones desadaptativas, en lugar de soluciones sociales a los problemas. El objetivo del EHS consiste en mejorar

el comportamiento interpersonal inadecuado de los sujetos, aunque muchas veces esa inadecuación social se encuentra inmersa en un conjunto de síntomas que caracterizan o definen un síndrome. Por ejemplo, una conducta social desadaptativa es característica de la mayoría de los *trastornos de la personalidad,* por lo que el EHS estaría indicado como uno de los procedimientos de terapia en muchos de esos trastornos.

La aplicación del EHS ha sido muy amplia y abarca numerosos trastornos conductuales. Como muestra, y ante la imposibilidad de analizar una por una todas las aplicaciones, describiremos algunos de los más comúnmente tratados por medio del EHS.

5.1. Ansiedad social

La ansiedad social, como su nombre indica, conlleva deficiencias en el área de funcionamiento social. El déficit en el manejo de las interacciones subyace desde el origen y mantenimiento de esta patología. Se han señalado algunos posibles modelos para explicar la etiología y mantenimiento de la ansiedad/fobia social:

a) El modelo de la ansiedad condicionada, adquirido por medio de la exposición repetida a experiencias aversivas en situaciones sociales.
b) El modelo cognitivo-valorativo, en el que la base es la evaluación errónea de la propia actuación y las expectativas de consecuencias aversivas.
c) El modelo del déficit en habilidades, que afirma que el origen de la ansiedad experimentada en la interacción social es particularmente reactivo y debido a un repertorio conductual inadecuado o inapropiado, por lo que el individuo no controla las exigencias del contexto apropiadamente y experimenta una situación aversiva que le provoca ansiedad.

La ansiedad social es *generalizada* cuando los temores incluyen la mayoría de las situaciones sociales (por ejemplo, iniciar y mantener conversaciones, quedar citado con alguien, hablar con personas que tienen autoridad, acudir a fiestas, etc.).

El empleo del EHS para la fobia social se basa en la suposición de que los pacientes con este trastorno tienen déficit en las habilidades sociales y, por tanto, sacarán provecho de aprender y practicar dichas habilidades. En consecuencia, implica la exposición a situaciones temidas y probablemente también entrañe reevaluación cognitiva a medida que la ansiedad disminuya y la actuación social mejore. El tratamiento básico implica:

1. Un *componente educativo:* se trata de informar a los participantes de la naturaleza de la ansiedad y los temores sociales.
2. Un *componente de exposición,* que puede consistir en inundación, en vivo o en la imaginación, o en un enfoque graduado en vivo.
3. Una *práctica programada,* que se refiere a actividades de exposición dirigidas por el terapeuta y que el sujeto termina por sí solo en el ambiente natural.
4. El *componente del EHS,* el cual está pensado para enseñar y/o refinar las habilidades sociales del individuo y proporcionar práctica en las interacciones sociales.

Los temas incluidos en el EHS con estos pacientes podrían incluir los siguientes puntos:

a) Iniciar conversaciones.
b) Mantener conversaciones.
c) Prestar atención y recordar, cambiar de temas.
d) Establecer y mantener amistades, habilidades para telefonear.
e) Interacciones heterosociales.
f) Habilidades asertivas.
g) Elegir un tema y desarrollarlo.
h) Estrategias para evitar que el público se distraiga y cómo empezar una charla de forma eficaz.
i) Terminar una charla; forma y lenguaje.
j) Elementos no verbales, discusiones y charlas informales, participación en congresos, jornadas, etc.

Como es tradicional, el componente del EHS emplea las estrategias habituales de este tipo de programas, tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación correctora y el refuerzo positivo.

5.2. Depresión

La depresión se caracteriza por un persistente bajo estado de ánimo o una pérdida generalizada de interés o placer, acompañado por una serie de síntomas como perturbaciones del sueño, del apetito o del peso, y/o de la actividad psicomotora. Se han desarrollado programas de EHS basándose en la premisa de que la conducta depresiva está relacionada con el funcionamiento interpersonal inadecuado.

Algunos de los supuestos que subyacen a este planteamiento son los siguientes (Becker, Heimberg y Bellack, 1987):

1. La depresión es el resultado de un programa inadecuado de refuerzo positivo contingente a la conducta no deprimida del sujeto.
2. Gran parte de los refuerzos positivos más importantes para los adultos son de naturaleza interpersonal.
3. Una gran cantidad de refuerzos sociales dependen de la conducta interpersonal del individuo.
4. Cualquier grupo de técnicas que ayuden al paciente deprimido a aumentar la calidad de su comportamiento interpersonal debería incrementar el refuerzo positivo contingente a la respuesta, disminuir el afecto depresivo y aumentar las conductas no depresivas.

El programa de EHS planteado por los autores anteriores se centra en tres repertorios conductuales específicos que parecen ser especialmente relevantes para los individuos que padecen esta patología:

1. La *aserción negativa,* que implica conductas que permiten que las personas defiendan sus derechos y actúen con base en sus intereses.
2. La *aserción positiva,* que se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas, como el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas.
3. El entrenamiento en *habilidades de conversación,* que incluye iniciar conversaciones, hacer preguntas, realizar autorrevelaciones apropiadas y terminar las conversaciones adecuadamente. En todas estas áreas, se entrena directamente la conducta de los pacientes y se les proporciona también *entrenamiento en percepción social.*

5.3. Esquizofrenia

El EHS es una de las pocas terapias psicosociales reconocida en general como eficaz con pacientes con esquizofrenia (Bellack y Morrison, 1982; Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta, 2004; Mueser 1997). Estos pacientes requieren un tratamiento farmacológico con medicación antipsicótica. Sin embargo, esta medicación no mejora las habilidades sociales necesarias para la vida en comunidad. Estas habilidades sociales incluyen aspectos como códigos sociales de conducta, reglas sobre qué decir y qué no decir, directrices sobre la expresión de emociones, del refuerzo social, de la distancia interpersonal, etc. Tanto si nunca han aprendido las habilidades sociales como si las han perdido, la mayoría de la gente con esquizofrenia tiene notables déficit de habilidades sociales. Estos déficit hacen difícil que muchos pacientes puedan establecer y mantener relaciones sociales, cumplir determinados papeles en la sociedad (por ejemplo, como trabajador/a, esposo/a, etc.) o satisfacer sus necesidades (Bellack et al., 2004).

Mueser (1997) considera una serie de áreas objetivo del EHS para los pacientes con esquizofrenia, tales como:

a) Asertividad.
b) Habilidades de conversación.
c) Control de la medicación.
d) Búsqueda de trabajo.
e) Habilidades recreativas y de ocio.

f) Habilidades para hacer amigos/as y quedar con alguien.
g) Comunicación con la familia.
h) Solución de conflictos.

Aunque la principal estrategia para enseñar las habilidades sociales incluye los elementos típicos de modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y representación de papeles adicional, se pueden utilizar también otros procedimientos. Por ejemplo, el *aleccionamiento (coaching)* (proporcionar ayudas verbales) y el *indicar (prompting)* (proporcionar señales con la mano) durante la representación de papeles puede ayudar a los pacientes a mejorar su actuación. El entrenamiento en *percepción social,* incluido especialmente en el EHS para individuos con esquizofrenia, no sigue una secuencia distinta de actividades, sino que se integra normalmente en el entrenamiento de las respuestas. El objetivo es entrenar al sujeto a atender e interpretar las señales interpersonales que descubren los sentimientos y los motivos de las otras personas y las variables del entorno que determinan la adecuación de distintas respuestas.

Por su parte, Bellack et al. (2004) incluyen ocho grupos de habilidades dentro de su EHS para sujetos con esquizofrenia:

1. Habilidades de conversación.
2. Habilidades asertivas.
3. Habilidades para el manejo de conflictos.
4. Habilidades para vivir en comunidad.
5. Habilidades para hacer amigos y quedar con otras personas.
6. Habilidades para el mantenimiento de la salud.
7. Habilidades para conseguir/mantener un trabajo.
8. Habilidades de afrontamiento ante el consumo de alcohol y drogas.

5.4. Problemas de pareja

En cualquier relación que implica a dos personas, podemos observar unas reacciones en respuesta a unas expectativas personales. Asimismo, se desarrolla un *principio de reciprocidad,* de modo que un miembro de la pareja agrada o recompensa al otro, confiando en que a su vez será reforzado o complacido por el compañero. Al contrario, cuando un miembro disgusta o castiga al otro, es probable que éste devuelva estas interacciones negativas. En pacientes con problemas de pareja es frecuente encontrar una convivencia contaminada por estrategias interpersonales basadas en la fuerza coercitiva, en la retirada del afecto y en el castigo de la conducta del otro. Asimismo, podemos encontrar que los miembros de la pareja no son habilidosos en el empleo de métodos positivos de comunicación y solución de problemas.

Por consiguiente, el EHS en interacciones con la pareja podría incluir fundamentalmente el entrenamiento en habilidades de comunicación, en el que se enseña a la pareja nuevos modos de interacción, y el mantenimiento de las habilidades de comunicación, con el fin de mantener los efectos de la mejoría en las interacciones verbales. Este procedimiento se centra normalmente en mejorar las habilidades de escucha y las de habla. Entre las primeras se procura poner especial atención en establecer y mantener contacto ocular, mejorar la proximidad física y la orientación respecto al que habla, dejar que el que habla termine el mensaje sin interrumpirlo, resumir el mensaje del que habla y comprobar con el que habla que el mensaje recibido ha sido correcto. Entre las habilidades del que habla se encuentran la autorrevelación, el hacer peticiones, la aclaración, la expresión de sentimientos positivos, saber escoger la ocasión y proporcionar retroalimentación.

5.5. Abuso de sustancias psicoactivas

Parece ser que un número considerable de problemas con las drogas puede verse afectado por déficit interpersonales. Así, se ha encontrado que los problemas con la bebida, en adolescentes y adultos, están asociados con frecuencia con la creencia de que el alcohol mejora el funcionamiento en una serie de áreas de la vida (por ejemplo, hace al individuo más sociable). Estas expectativas pueden de-

sempeñar un importante papel en la conducta de beber de muchos individuos.

El EHS se puede emplear con pacientes dependientes de las drogas o el alcohol cuando éstos se usan principalmente para los siguientes fines (Jakubowski, 1977):

a) Escapar de las situaciones de conflicto con otras personas que les dominan.
b) Expresar la ira y mostrar sus quejas hacia otras personas significativas de forma indirecta.
c) Desinhibirse, de modo que puedan ser capaces de decir cosas que normalmente habrían temido expresar.

5.6. Otros problemas

La falta de habilidades sociales ha estado implicada en una amplia gama de problemas. El EHS puede ser útil también en otros muchos problemas, bien como estrategia principal, bien como procedimiento secundario. Así, por ejemplo, en el área de la ludopatía, los jugadores alegan que la interacción social es una de las causas más frecuentes que les induce a jugar. Muchos jugadores son poco habilidosos socialmente y, por consiguiente, puede ser problemático para ellos encontrar modos alternativos eficaces de relación. Puede ser muy útil emplear el EHS para complementar las otras habilidades de afrontamiento y hacer más fácil la disponibilidad de actividades alternativas (Sharpe, 1997).

Otros trastornos en los que el EHS se presenta como un procedimiento de ayuda son el trastorno disociativo de identidad, la ira y la agresión, las parafilias, la anorexia y la bulimia nerviosas y también muchos problemas médicos en los que las relaciones interpersonales deficientes pueden constituir un factor de agravamiento del problema. Asimismo el EHS se ha empleado y/o recomendado para problemas como:

a) Falta de habilidades en la búsqueda de empleo.
b) Mejora de habilidades de comunicación en personas incapacitadas.
c) Adquisición de habilidades básicas en adultos y niños mentalmente retrasados.
d) Obsesiones y compulsiones.
e) Agorafobia.
f) Delincuencia/psicopatía.
g) Agresividad.
h) Niños socialmente aislados.

Como hemos visto, el EHS se ha empleado en el tratamiento de una gran cantidad de problemas. La mejoría de las relaciones interpersonales de los individuos ha servido para que desaparezcan, además, otros síntomas que enmascaraban y/o acompañaban a un funcionamiento social inadecuado. Conviene también que tengamos en cuenta que la mayoría de los pacientes, cuando llegan a la clínica, empiezan a hablar sobre sus problemas personales en términos de ansiedad, depresión, problemas de pareja, problemas de control de impulsos, etc., en vez de hablar sobre su incapacidad para manejar las relaciones sociales. Es importante, en ese caso, examinar las habilidades interpersonales del paciente y utilizar el EHS si el análisis funcional de su comportamiento así nos lo aconseja.

6. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. es una maestra de 25 años con historial de problemas físicos. Acude a consulta tras una crisis de ansiedad. Operada hace unos meses de trombosis hemorroidal que le sobrevino en un centro comercial (gran superficie) con parada respiratoria. Refiere un estado mixto de ansiedad y ánimo depresivo cuyos síntomas le producen un malestar clínicamente significativo, así como un deterioro social y laboral importante.

M. lleva viviendo dos años con su pareja. Se desplazó de Andalucía a Castilla y León dejando familia y trabajo para vivir con él. Ahora están con los preparativos de la boda y ella describe temor y dudas.

M. no termina de integrarse en la ciudad y le cuesta mucho relacionarse, presenta miedos múltiples en las situaciones de interacción social y se

describe como «torpe» en las relaciones. Refiere pensamientos autoderrotistas y comparativos, que no puede controlar. No logra interactuar de forma espontánea en ninguna situación salvo con su pareja. Reconoce que esto le ocurre, sobre todo, en el último año, ya que ella se describe anteriormente como una mujer alegre, autónoma y optimista. Su pareja lo confirma.

En el último año se ha visto obligada a permanecer de baja en diferentes momentos y esto hace que se sienta más vulnerable y menos autónoma, porque relata que le cuesta mucho la reincorporación después de cada baja ya que piensa que todos la evalúan negativamente y la recriminan por ello. No tiene pruebas al respecto.

En la actualidad tiene dificultad hasta para acudir al cine con su novio por miedo a que le sobrevenga una crisis de ansiedad. La última vez que salieron a cenar, ella empezó con los temores y no fue capaz de terminar y tuvieron que volverse a casa. Las situaciones de escape han ido en aumento, y el malestar, también. Ahora duerme con dificultad y durante el día está pendiente de que su pareja regrese a casa con continuas demandas telefónicas y frecuentes explosiones instintivas culpando a su pareja de su malestar.

Tras una evaluación del caso, y realizada la jerarquía de dificultades y prioridades por parte de la paciente, nos planteamos unos objetivos concretos con las fases de tratamiento que se pueden ver en las tablas 26.6 y 26.7.

En este caso, situamos el EHS después de la reducción de la ansiedad. Dado el nivel de estrés que presenta la paciente, es necesario primero controlar su nivel de ansiedad para lograr que se enfrente a las situaciones temidas mediante un EHS.

TABLA 26.6

Objetivos del tratamiento

Objetivos	Técnicas
Reducción de la ansiedad	Ejercicios de respiración. Distracción cognitiva. Afrontamiento de las crisis.
Solución de problemas	Reestructuración cognitiva. Control de estados depresivos. EHS: — Distinción entre conductas asertiva, no asertiva y agresiva. — Autoobservación. — Valoración de los componentes de las habilidades sociales. — Ensayo de conducta. — Exposición. — Tareas para casa.
Adaptación sociolaboral	Control de conflictos interpersonales. Readaptación a la vida normalizada. Mantenimiento.
Prevención de recaídas	Reconocimiento y control de situaciones de riesgo: — Estados emocionales negativos. — Conflictos interpersonales. — Presión social.

TABLA 26.7

Fases del tratamiento

Fases del tratamiento	• Entrevista. • Instrucciones. • Autoobservación. • Entrenamiento en relajación. • Exposición en vivo. • Entrenamiento en autoinstrucciones y solución de problemas. • Entrenamiento en habilidades sociales. • Tareas para casa. • Entrenamiento en manejo de la ansiedad. • Prevención de recaídas. • Revisiones al mes, tres, seis y doce meses.

El EHS permitirá a la paciente ir exponiéndose gradualmente a las situaciones de riesgo (en compañía, en soledad, por tiempos concretos) e ir ganando en autoconfianza. A la par se trabaja en reestructuración cognitiva con autoinstrucciones y discusión de los pensamientos negativos y a medida que va ganando seguridad será capaz de valorar los sucesos externos no amenazantes y podrá realizar actividades positivas que le refuercen.

Tras el EHS tendrá más capacidad para adaptarse de manera objetiva a las exigencias y conflictos de la vida diaria, logrando reconocer y controlar las situaciones de posible riesgo para evitar las posibles recaídas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales,* 2.ª ed. Madrid: Siglo XXI.

Uno de los pocos libros en español que hace una revisión exhaustiva de todo el campo de las habilidades sociales, desde sus elementos componentes (aspectos no verbales, paralingüísticos y verbales), pasando por una detallada revisión de los instrumentos de evaluación, hasta una descripción en profundidad del entrenamiento en habilidades sociales. Un libro básico para conocer casi todo en el campo de las habilidades sociales.

Fensterheim, H. y Baer, J. (1976). *No diga sí cuando quiera decir no.* Barcelona: Grijalbo (original de 1975).

Un libro clásico de autoayuda en el campo de la asertividad. Con frecuencia se utiliza en la clínica para que los propios pacientes, bajo la dirección del terapeuta, lean distintos apartados del mismo. Escrito en un lenguaje simple y con exposición de numerosos casos, puede complementar el entrenamiento en habilidades sociales, tanto para el paciente como para el terapeuta.

Kelly, J. A. (1994). *Entrenamiento en habilidades sociales.* Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 1982).

Libro traducido del inglés que se centra en el entrenamiento en habilidades sociales, incluyendo algunos aspectos no tratados habitualmente en este tipo de libros, como el entrenamiento en habilidades para entrevistas de trabajo y el entrenamiento en habilidades sociales con niños. Problemas de traducción le restan gran parte del interés que tiene la versión original.

Lange, A. J. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior.* Champaign, IL: Research Press.

Un libro clásico dentro de la literatura sobre el EHS que marca unas claras directrices para que el terapeuta lleve a cabo el EHS, principalmente en grupo. Incluye muchos ejercicios estructurados, incluyendo aspectos conductuales y de reestructuración cognitiva, pero también explicaciones razonadas de los procedimientos para los clínicos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social:

a) Una dimensión conductual, una dimensión cognitiva y una dimensión física.
b) Una dimensión conductual, una dimensión personal y una dimensión situacional.
c) Una dimensión situacional, una dimensión personal y una dimensión espacial.

2. El proceso del EHS debería implicar en su desarrollo los siguientes elementos:

a) Entrenamiento en habilidades y reducción de la ansiedad.
b) Reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas.
c) A y B son correctas.

3. Cuáles de los siguientes factores podrían impedir a una persona comportarse de forma socialmente habilidosa.

a) Ansiedad condicionada, cogniciones adaptativas, déficit en habilidades sociales y falta de apetito.
b) Déficit en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas y discriminación errónea.
c) Déficit en habilidades, ansiedad situacional, expectativas positivas y discriminación errónea.

4. Una de las siguientes técnicas es el procedimiento base del EHS.

a) La reestructuración cognitiva.
b) El moldeamiento.
c) El ensayo de conducta.

5. Al comenzar a aplicar un programa de EHS, conviene tener en cuenta la siguiente cuestión.

a) Valorar la formación del paciente y los posibles cambios que puedan influir en su vida cotidiana.
b) Examinar los posibles cambios que se puedan producir a causa de la nueva conducta del paciente en su entorno cultural.
c) Examinar su entorno sociolaboral.

6. Los elementos moleculares considerados más importantes en el ámbito del EHS son:

a) No verbales, fisiológicos y paralingüísticos.
b) No verbales, emocionales y cognitivos.
c) No verbales, paralingüísticos y verbales.

7. El «paquete» básico del EHS implica los siguientes procedimientos:

a) Instrucciones, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y refuerzo, elementos cognitivos y tareas para casa.

b) Instrucciones, modelado, exposición en vivo, retroalimentación y tareas para casa.
c) Instrucciones, ensayo de conducta, modelado, tareas para casa y refuerzo por aproximaciones sucesivas.

8. Cuál de estos tres supuestos *no* es cierto:

a) La relación más consistente entre evaluación y tratamiento se hace posible empleando el EHS con un único individuo cada vez.
b) El EHS individual permite la concentración en los problemas particulares del paciente.
c) El EHS individual es necesario cuando el sujeto tiene problemas de pareja.

9. Las variaciones del EHS difieren fundamentalmente en *(sólo una es correcta):*

a) Los tipos de *métodos de instrucción* empleados para enseñar las habilidades.
b) El tipo de terapeuta, bien sea hombre o mujer.
c) En la estructura de la sesión.

10. El objetivo del EHS consiste en:

a) Mejorar el entorno de los pacientes y su ambiente psicosocial.
b) Mejorar el comportamiento interpersonal inadecuado de los pacientes.
c) Mejorar el ambiente personal y sociolaboral de los pacientes.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	c	b	c	b	c	a	c	a	b

27 Hipnosis

ANTONIO CAPAFONS
JUAN R. LAMAS
CARLOS LOPES-PIRES

1. INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ HIPNOSIS?

La hipnosis ha mostrado ser un elemento importante como coadyuvante para el tratamiento de diversos problemas médico-psicológicos como el dolor, el consumo de tabaco, problemas de obesidad, la hipertensión, la ansiedad, el asma, la depresión, el estrés, etc. La hipnosis parece especialmente útil para el alivio del dolor, para el que se la considera un tratamiento bien establecido (Montgomery y Schnur, 2005). Asimismo, la hipnosis como coadyuvante a los tratamientos cognitivo-comportamentales parece incrementar la eficacia de éstos en el tratamiento de fobias, depresión, estrés agudo, obesidad, dolor, hipertensión, etc., especialmente a largo plazo (Alladin y Alibhai, 2007; Montgomery y Schnur, 2005). Si bien algunos estudios no muestran tal incremento de eficacia, sí sugieren que la hipnosis aumenta la eficiencia de los tratamientos en los que se la contempla, que suelen ser preferidos y más agradables para los pacientes, además de suponer un ahorro en los gastos hospitalarios cuando se incluye en la asistencia sanitaria (Flory, Martínez-Salazar y Lang, 2007; Montgomery et al., 2007), resultado este que dificulta entender por qué la hipnosis está excluida de las prestaciones sanitarias en España. Sin embargo, a pesar de que algunos autores defiendan el uso de la hipnosis como única intervención en psicología, incluso en medicina (especialmente hipnoterapeutas legos[1]), no hay pruebas de su eficacia, y más bien se muestra poco potente cuando se utiliza de esta forma (Flammer y Bongartz, 2003), por lo que no debería usarse desde esta perspectiva (Capafons, 2001). Así pues, la hipnosis se muestra útil y eficaz cuando se usa como coadyuvante a otras intervenciones, sean o no clínicas. Por otro lado, la hipnosis también es, además de un conjunto de técnicas con interesantes aplicaciones clínicas, un campo de estudio experimental e histórico de amplias ramificaciones y abultada investigación, de la que se ha nutrido la propia psicología experimental (Kihlstrom, 2007). Por ejemplo, el estudio de las teorías disociativas de la hipnosis se relaciona con el estudio de la historia de la psicología, de la medicina, de las psicoterapias; con el estudio de la memoria, percepción y trastornos disociativos, y con psicopatología en general. También el campo de investigación de la hipnosis se relaciona con la investigación en psicología de la personalidad, de las diferencias individuales, psicología social y con los procesos biológicos de analgesia, neuropsicología, etc.

[1] *Hipnoterapeuta lego* alude a un tipo de personas sin apenas formación en hipnosis científica, y que carecen de estudios que les hayan permitido obtener licenciatura alguna en psicología, medicina, etc. Suelen autodenominarse «hipnoterapeutas», y se acreditan en sociedades sin aval científico alguno, o en las llamadas universidades «fábricas de títulos», habituales en Estados Unidos y Latinoamérica, «organismos» en los que *incluso un gato* ha sido acreditado como hipnoterapeuta (véase http://www.uv.es/GRUPOHIPNOSISCOP/).

2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR HIPNOSIS?

2.1. Definiciones de hipnosis

A lo largo de la historia de la hipnosis se la ha definido de varias formas: desde un estado de sueño artificial hasta un estado de trance natural, o patológico, según las diferentes escuelas y perspectivas. Como ocurre con casi cualquier concepto en psicología, es difícil encontrar una definición clara y universalmente aceptada de la hipnosis. En la mayoría de los textos se asume que la hipnosis es un estado de trance, como indica la definición de Spiegel y Spiegel (2004). Estos autores defienden que la hipnosis es esencialmente un estado psicofisiológico de concentración focal, activada, atencional y receptiva en el que se da una disminución en la conciencia periférica. Según ellos, la capacidad para entrar en ese estado varía en función de las personas, y es relativamente estable a través del ciclo de la vida adulta. Asimismo, creen que tal capacidad puede estar genéticamente determinada o, quizá, ser aprendida en los inicios de la vida. Desde su perspectiva, el trance puede ser activado e invocado a través de tres formas: espontáneamente, como respuesta a una señal de otra persona (hipnosis formal) y como respuesta a una señal autoinducida (autohipnosis). Sin embargo, en este tipo de definición se confunde el *hecho* (o fenómeno) que se pretende definir con una *hipótesis:* el que la hipnosis sea un estado de trance (o estado de atención focalizada) es una hipótesis de cómo funciona la hipnosis, hipótesis que actualmente tiene evidencia más que contradictoria (Capafons, 2001). De hecho, los investigadores que aceptan el concepto de trance como demostrado no lo consideran explicativo, sino un concepto *descriptivo* y difícil de precisar.

Otro conjunto de autores prefieren definir la hipnosis desde un punto de vista *operativo,* considerándola como un contexto social en el que se usa una ceremonia de inducción que rotula o etiqueta la situación como «hipnosis», y en el que se sugieren al individuo cambios en percepciones, cogniciones, experiencia, etc. En estos casos no se confunde la hipótesis que explicaría el funcionamiento de las sugestiones hipnóticas con el hecho o fenómeno de la hipnosis.

Adherirse a una posición de trance o de estado especial de conciencia, o a otra posición de no trance o no estado, conlleva aceptar teorías sobre la hipnosis también muy diferentes, si bien la mayoría comparten la importancia de las creencias sobre la hipnosis y del rol que asume la persona hipnotizada a la hora de responder a las sugestiones hipnóticas. Las teorías sobre hipnosis intentan explicar el automatismo, la sensación de involuntariedad (o, mejor, de no volición) y la aparente carencia de esfuerzo que experimenta la persona hipnotizada cuando cumple con las sugestiones hipnóticas. En las posturas de trance suelen utilizarse mucho las teorías disociativas, y se asume que en la persona hipnotizada se da un cambio cualitativo en su funcionamiento psicológico y biológico. Existen varias teorías disociativas cuyo punto común, en definitiva, es la experiencia o bien pérdida real de la capacidad de control por parte del yo sobre ciertos sistemas psicológicos y biológicos (perceptivo, motor, etc.), si bien esa pérdida de control se da porque la persona decide *voluntariamente* disociarse.

Las concepciones de no estado o no trance, conocidas, en general, como sociocognitivas o cognitivo-comportamentales, rechazan explicaciones que implican discontinuidad de los comportamientos hipnóticos respecto de los no hipnóticos. En general, resaltan conceptos como expectativas, imaginación, atribuciones, rol socialmente sancionado, set de respuestas automatizadas, etc. (Lynn y Kirsch, 2005).

Debido a la complejidad de las definiciones de la hipnosis, y a que ubicarse en una posición u otra presenta connotaciones de todo tipo (incluso en la forma de usar la hipnosis en la práctica clínica), la división 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la American Psychological Association (APA, 2004) propuso una definición consensuada que intenta recoger los elementos de encuentro de las distintas sensibilidades (tabla 27.1). Asimismo, la British Psychological Association propuso en el 2001 otra definición de consenso sobre la hipnosis (tabla 27.2). En ambas destaca la importancia que se da a las sugestiones dirigidas a cambiar las cogniciones, con-

TABLA 27.1

Definición de hipnosis de la Society of Psychological Hypnosis (división 30 de la American Psychological Association)

Habitualmente, la hipnosis conlleva una introducción al procedimiento durante la cual se dice a un sujeto que se le presentarán sugestiones de experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugestión, extensa y amplia, para usar la propia imaginación, que se da al comienzo *(initial)* y que puede incluir mayores detalles *(elaborations)* de la introducción. Se usa un procedimiento hipnótico para fomentar y evaluar respuestas a las sugestiones. Al usar la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiada por otra (el hipnotizador) para que responda a las sugestiones de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden aprender también autohipnosis, que es el acto de administrar procedimientos hipnóticos a uno mismo. Si el sujeto responde a las sugestiones hipnóticas, generalmente se infiere que se ha inducido una hipnosis. Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico. Aunque algunos piensan que no hace falta usar la palabra «hipnosis» como una parte de la inducción hipnótica, otros lo ven esencial.
Los detalles de los procedimientos y sugestiones hipnóticos diferirán según los objetivos de quien la practique y de los propósitos de la tarea clínica o de investigación que se intenta realizar. Tradicionalmente, los procedimientos incluyen sugestiones para relajarse, aunque la relajación no es una parte necesaria para la hipnosis, pudiéndose usar una amplia variedad de sugestiones, incluidas las de alerta. Tanto en ámbitos clínicos como de investigación se pueden usar sugestiones que permiten evaluar el alcance de la hipnosis comparando las respuestas con escalas estandarizadas. Si bien la mayoría de los sujetos pueden responder, al menos, a algunas sugestiones, las puntuaciones de las escalas suelen abarcar un rango que oscila desde lo elevado hasta lo insignificante. Tradicionalmente, las puntuaciones se han agrupado en las categorías de bajas, medias y altas. Tal y como ocurre con otras medidas de constructos psicológicos escaladas positivamente, como la atención y el apercibimiento, la claridad de la evidencia de haber logrado la hipnosis se incrementa con la puntuación del individuo.

Nota: Tomado de American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). Division 30' new definition of hypnosis. *Psychological Hypnosis, 13,* 13.

TABLA 27.2

Definición de hipnosis de la British Psychological Association (2001)

El término «hipnosis» denota una interacción que se da entre una persona, el «hipnotizador», y otra u otras personas, el «sujeto» o «sujetos». En esta interacción, el hipnotizador intenta influir en la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas de los sujetos, pidiéndoles que se concentren en ideas e imágenes que pueden evocar los efectos que se pretende conseguir. Las comunicaciones verbales que el hipnotizador emplea para alcanzar esos efectos se denominan «sugestiones». Las sugestiones se diferencian del resto de instrucciones de la vida cotidiana en que aquéllas implican que el sujeto experimenta, con «éxito», una respuesta caracterizada por una cualidad de involuntariedad o por la carencia de esfuerzo. Los sujetos pueden aprender a poner en práctica los procedimientos hipnóticos por sí mismos, lo que se denomina «autohipnosis».

Nota: Tomado de British Psychological Society (2001). *The nature of hypnosis.* Leicester (RU): British Psychological Society (traducción española, 2002, Valencia, Promolibro).

ducta, afectos, etc., de la persona hipnotizada, y especialmente el que no se incluya ningún criterio específico para determinar cuándo una persona está o no hipnotizada. Esto se infiere, precisamente, de si responde o no a las sugestiones. Y éstas se experimentan por la persona hipnotizada como acaecimientos, es decir, sin experiencia de esfuerzo, como automáticas o casi involuntarias.

2.2. Tipos de hipnosis

Existen diversas clasificaciones sobre la hipnosis. Por ejemplo, algunos autores distinguen una hipnosis clásica (con sugestiones directas, métodos de inducción y profundización) de otra moderna (de corte ericksoniano) con uso de sugestiones indirectas, metáforas, sin métodos formales de inducción. En estos últimos acercamientos, no obstante, se habla más de estilos de comunicación que de hipnosis, por lo que se dificulta saber hasta qué punto estamos hablando de hipnosis o de aspectos más amplios, como de retórica, oratoria, etc.

Otras clasificaciones, que parcialmente recoge la definición de la APA, hablan de hipnosis por relajación y restricción de la atención, hipnosis alerta, hipnosis activo-alerta e hipnosis despierta (Capafons, 2001). En la tabla 27.3 pueden verse las diferencias entre ellas y la llamada «sugestión despierta» (sin ritual de inducción).

Por otro lado, también se distingue entre heterohipnosis y autohipnosis. Es cierto que toda forma de hipnosis implica que la persona hipnotizada activa procesos para experimentar las reacciones, y todo depende de ella. Por ello se dice que toda forma de hipnosis es una forma de autohipnosis, siguiendo a autores de la escuela de Neo Nancy. Pero es cierto también que esto se refiere al *locus de los procesos,* ya que quien hipnotiza a otra persona no tiene poder alguno para provocar las reacciones hipnóticas en ella, y no al *formato de aplicación:* cuando una persona se aplica a ella misma un método de inducción hipnótica y se autoadministra las sugestiones, el locus de los procesos y el formato coinciden, y se habla de autohipnosis. Si la persona hipnotizada no se ha administrado ni método de inducción ni sugestiones hipnóticas, sino que lo hace otra persona, el locus de los procesos y la fuente de las sugestiones no coinciden, y se habla de heterohipnosis. La investigación indica que ambas son igual de potentes, y que conviene empezar enseñando métodos de autohipnosis siempre que sea posible. En general, la heterohipnosis se usará en la intervención como una forma de apoyar la autohipnosis, si bien hay que adaptarse a las preferencias y necesidades de cada usuario y sus problemas. También se ha acuñado el término de *hipnosis neutra* para describir una hipnosis «sin sugestiones», que, en términos prácticos, es el estado posterior al procedimiento de inducción y previo a cualquier otra sugestión específica, aunque es difícil hablar en estos términos, ya que las propias inducciones llevan implícita o explícitamente sugestiones.

TABLA 27.3

Diferencias entre distintos tipos de hipnosis y sugestión despierta

Método	Ritual de inducción	Relajación	Sugestiones alerta	Activación física	Ojos abiertos
Restricción atención	Sí	Sí	No	No	No
Alerta	Sí	Sí	Sí	No	No*
Activo/alerta	Sí	No	Sí	Sí	No**
Despierta**	Sí	No***	Sí	Sí	Sí
Sugestión despierta	No	No	No	No	Sí

FUENTE: Adaptado de A. Capafons (2001): *Hipnosis.* Madrid: Síntesis.
* A veces se sugiere abrir los ojos, pero se mantiene la mirada fija y perdida.
** Excepcionalmente, aunque se puede sugerir como parte de la intervención.
*** Métodos de inducir hipnosis despierta. Son polivalentes a la hora de activar-relajar.

2.3. Fisiología de la hipnosis

A lo largo de la historia de la hipnosis, las medidas fisiológicas se han utilizado en un buen número de estudios. Sin embargo, los esfuerzos sistemáticos por dilucidar los mecanismos fisiológicos que acompañan a, o son responsables de, la experiencia y la conducta hipnóticas no han sido abundantes. La replicación de resultados es una excepción, mientras que las diferencias metodológicas, bien en la utilización de las técnicas, bien en los diseños experimentales o en la selección de sujetos, constituyen la norma.

La utilización de medidas autonómicas se remonta al siglo XIX, pero no ha aportado datos consistentes. Algunos de los estudios iniciales con el EEG informaron de cambios en la actividad alfa asociados a la hipnosis, pero no ha sido posible establecer una relación generalmente aceptada entre alfa, hipnosis e hipnotizabilidad (véase, por ejemplo, Perlini y Spanos, 1991), y lo mismo puede decirse de la actividad en la banda theta. Ocasionalmente, se han utilizado otras bandas de frecuencias (40 Hz, 32-100 Hz) y otros índices menos estándar de la actividad EEG, pero los datos acumulados son aún muy escasos.

A diferencia del EEG espontáneo, la técnica de los potenciales evocados permite identificar la actividad eléctrica cerebral específicamente relacionada con el procesamiento de un estímulo o con la emisión de una respuesta. Mayoritariamente, su uso en la investigación sobre la hipnosis se ha dirigido a examinar los cambios producidos en el procesamiento de estímulos cuya percepción se intenta alterar por medio de alguna sugestión específica. La observación de cambios asociados a sugestiones hipnóticas de tipo perceptivo ha sido frecuente (véase, por ejemplo, Lamas y Valle-Inclán, 1998). Estos cambios, en general, suelen afectar a componentes relativamente tardíos de los potenciales evocados (100 milisegundos o más). Los componentes más tempranos, que reflejan principalmente las etapas iniciales, generalmente automáticas, del procesamiento del estímulo, no parecen ser sensibles a las manipulaciones hipnóticas. Los tardíos, denominados con frecuencia «endógenos», son sensibles a los factores que influyen en el procesamiento del estímulo más allá del estímulo mismo, como la atención, la motivación o las instrucciones de la tarea.

A lo largo de la última década, aproximadamente, varios estudios han intentado localizar los lugares del cerebro donde se producen cambios específicamente relacionados con la experiencia de sugestiones concretas utilizando técnicas de neuroimagen (tomografía por emisión de positrones, PET, y resonancia magnética funcional, fMRI). Estas técnicas permiten localizar las áreas cerebrales activas en diferentes condiciones con una precisión de unos pocos milímetros, algo fuera del alcance de las medidas de EEG, aunque como contrapartida su resolución temporal es más pobre e imponen más restricciones en el diseño de situaciones experimentales. En general, se ha observado que la experiencia de las sugestiones se acompaña de cambios en los niveles de actividad de áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento de los estímulos o tareas objeto de la sugestión, incluyendo con frecuencia regiones frontales asociadas a mecanismos atencionales, y que la sugestión y el patrón de activación cerebral mantienen una relación altamente específica (véanse, por ejemplo, Rainville et al., 1997; Kosslyn et al., 2000; Raz et al., 2005).

Resultados como éstos han reavivado el interés por los mecanismos fisiológicos de la hipnosis, y también impulsado la reformulación de algunas de las teorías del estado especial en términos neuropsicológicos (véase Gruzelier, 2006). Según estos modelos, la hipnosis implica una alteración del funcionamiento normal de circuitos cerebrales, situados en la región frontal, que controlan funciones de alto nivel como el control de la atención, la conciencia, la inhibición de conductas automáticas, el ajuste de la conducta a las exigencias de la realidad, etc. Las alteraciones implican procesos de inhibición y de disociación funcional entre los componentes de esos circuitos y son la causa de los llamativos cambios en la experiencia subjetiva que suelen mostrar los sujetos hipnotizables al responder a las sugestiones.

La escasez de datos replicados y la heterogeneidad de los procedimientos experimentales que los han producido, así como el conocimiento todavía incompleto de las funciones de muchas regiones ce-

rebrales, confieren a estos modelos un marcado carácter especulativo. Su valoración requiere de más evidencia. No parece inminente, sin embargo, que los datos fisiológicos puedan zanjar de forma tajante el viejo y poco fructífero debate del estado. Los datos disponibles no parecen incompatibles con las explicaciones de la hipnosis que prescinden de la idea del estado especial. Algunos de los resultados obtenidos han sido replicados sin utilizar la hipnosis (Kulkarni et al., 2005), simplemente pidiendo a los sujetos que atendiesen a distintos aspectos del estímulo. Por otra parte, los estudios sobre los patrones de activación cerebral relacionados con factores tales como creencias o expectativas suelen informar de cambios en las mismas regiones identificadas como cruciales en los citados modelos.

2.4. Terminología y tipos de sugestiones hipnóticas

El campo de la hipnosis ha desarrollado, con los años, un lenguaje particular, a veces difícil de entender, y que se presta a confusión. A continuación mostramos lo que puede considerarse un breve glosario de los términos más usados:

Susceptibilidad hipnótica, hipnotizabilidad, sensibilidad hipnótica, sugestionabilidad hipnótica: aunque no son sinónimos, suelen usarse como tales. Se refieren al número y dificultad de las sugestiones que supera la persona, y el tiempo en realizarlas. Cuanto más rápido, mayor cantidad de ejercicios hipnóticos y más difíciles, más sugestionabilidad hipnótica se asume que tiene la persona. Si una persona es alta en sugestionabilidad hipnótica, se le denomina «alto» *(high)* o virtuoso de la hipnosis. Si muestra puntuaciones bajas en las escalas psicométricas que evalúan tal sugestionabilidad, se le denomina bajo *(low)*.

Tipos de sugestión, sugerencia o instrucción hipnótica (no orden hipnótica, que implica una visión de la hipnosis desfasada en la que la persona hipnotizada pierde el control):

— *Hipnóticas:* se sugieren y se experimentan mientras la persona está hipnotizada: «nota cómo tu brazo está cada vez más y más pesado, muy pesado, como si fuera de plomo».
— *Posthipnóticas:* se sugieren mientras la persona está hipnotizada y se experimentan cuando la persona ya no lo está (en hipnosis): «en la próxima sesión, cuando ponga mi mano sobre tu hombro, y si así lo deseas, volverás a sentirte igual de hipnotizado que ahora, muy hipnotizado, con tu mente receptiva, dispuesta a funcionar con eficacia» (este tipo de sugestión se denomina *de re-inducción rápida*).
— *Directas:* se las suele asociar a autoritarias, aunque es sólo una cuestión de desconocimiento. Se indica claramente a la persona lo que se desea de ella, como en el ejemplo de las sugestiones *hipnóticas*. Esta misma sugestión puede convertirse en una sugestión de *reto* o *desafío,* del siguiente modo: «nota cómo tu brazo está cada vez más y más pesado, muy pesado, como si fuera de plomo. Dentro de un momento estará tan pesado que, cuando intentes levantarlo, aún lo estará más. Intenta y observa que es imposible levantar el brazo».

  Y esta misma sugestión, aparentemente tan autoritaria, se puede transformar en una muy permisiva, y enfocada al autocontrol: «céntrate en tu brazo y nota cómo está cada vez más y más pesado, muy pesado, como si fuera de plomo. Dentro de un momento, contaré hasta cinco. Cuando llegue al cinco, y si lo deseas, estará tan pesado que, cuando intentes levantarlo, aún lo estará más. Simplemente, deja que ocurra. Uno, más pesado, dos, difícil de levantar, tres, tan pesado que ya costaría mucho esfuerzo levantarlo, cuatro, totalmente pegado a donde lo tienes apoyado, cinco, imposible de levantar. Intenta levantarlo y observa qué es lo que ocurre, verás qué pegado, pesado está. Ahora contaré de cuatro a cero y observarás cómo el brazo recobra su peso habitual (se realiza el conteo)».
— *Indirectas,* mal llamadas permisivas, ya que en el fondo pretenden obtener respuestas sin el consentimiento «consciente» de la perso-

na, si bien es cierto que, usadas correctamente, pueden ayudar a experimentar reacciones a personas reactantes, y son habituales en aproximaciones ericksonianas (Erickson y Rossi, 1979): «a veces podemos experimentar reacciones curiosas, como que un brazo está muy pesado, como si estuviera dormido. Me pregunto si serás de esas personas que pueden experimentarlo, como si fuera de mármol, muy pesado... sería divertido averiguar si se da o no, y en qué brazo ocurre antes... es una forma de descubrir lo que nuestra mente inconsciente puede hacer por nosotros...».

Aunque se defiende en algunos textos que estas sugestiones son más eficaces que las directas, la investigación experimental indica que no es así, incluso que la experiencia subjetiva de las sugestiones es mayor con las directas. En general, conviene usar todas ellas, en función de las necesidades del usuario.

Otro eje clasificatorio de las *sugestiones* se refiere al tipo de reacción que se sugiere:

— El primer conjunto son las denominadas *ideomotoras* (o *motoras*). Cuando a una persona se le sugiere que su brazo será muy pesado, o que sentirá sus piernas moviéndose como en una danza, se están sugiriendo reacciones motoras. Si lo que se pretende es la supresión o inhibición de un movimiento, se suele hablar de *inhibición corporal* (la persona no puede moverse), o parálisis, incluso de catalepsia, aunque este término asusta más que otra cosa, por lo que no conviene usarlo. Así, se puede sugerir que los ojos están cerrados, y que no podrán abrirse, o que la persona tiene dificultades para poder hablar (se inmovilizan las cuerdas vocales), algo útil para que las personas impulsivas que insultan rápidamente o que dicen frases de las que luego se arrepienten puedan descubrir que tienen más control sobre sus reacciones de lo que creían. De hecho, se han usado como coadyuvantes en la reducción de la tricotilomanía, o para que un niño hiperactivo aprenda a controlar sus movimientos.

— El segundo tipo de reacciones se suelen denominar *ideosensoriales,* aunque preferimos denominarlas *sensorio-fisiológicas* (Capafons, 2001), ya que suelen sugerirse reacciones de ambas clases (sensoriales y fisiológicas) a la vez, como cuando se sugiere anestesia. El abanico de posibles reacciones sensorio-fisiológicas es muy amplio (tabla 27.4), con una importante repercusión en la medicina y psicología de la salud. Provocar una vasodilatación sugestiva es importante, por ejemplo, para pacientes hipertensos, con cefaleas, etc. Sugerir vasoconstricción es útil para intervenciones en las que se esperan pérdidas abundantes de sangre (cirugía en el pie, por ejemplo), hemofilia (enfermedad en la que la hipnosis ha mostrado que puede ayudar a mejorar).

La analgesia y anestesias hipnóticas son reacciones sugestivas hipnóticas y suelen ser aquellas a las que más se apela para demostrar los efectos excepcionales de la hipnosis. La evidencia indica que hasta un 75 por 100 de las personas consiguen reducciones importantes de dolor. Sin embargo, una anestesia completa de ciertas partes del cuerpo en las que se interviene es una reacción mucho más difícil de alcanzar para la mayoría de personas (por ejemplo, la extirpación de una uña del pie). De hecho, las personas que consiguen anestesiar zonas de su cuerpo también pueden hacerlo sin hipnosis. Por tanto, la hipnosis suele usarse más *como potenciador de los efectos de los fármacos analgésicos, o de los anestésicos,* para conseguir reducciones en la cantidad de la medicación necesaria, que como su sustituto.

Las sugestiones *cognitivas* engloban, asimismo, un conjunto diverso de reacciones, siendo, en ocasiones, difíciles de diferenciar de las sensorio-fisiológicas. Como puede verse, en la tabla 27.4 las denominan cognitivo-perceptivas, ya que dentro de este grupo de reacciones se intenta provocar alteracio-

TABLA 27.4
Reacciones «hipnóticas»

Motoras (ideomotoras)
Implican un movimiento o su ausencia: catalepsia (rígida), flexibilidad cérea, movimientos rítmicos (rotativos, ascendentes y descendentes, etc.).
Sensorio-fisiológicos (ideosensoriales)
Implican cambios en sensaciones y en variables biológicas: — Sensaciones propioceptivas (pesadez, flotación...). — Perceptivo-sensoriales (calor, frío, tacto...). — Analgesia y anestesia. — Cambios en la tasa cardíaca. — Salivación. — Vasoconstricción o vasodilatación. — Etc.
Cognitivo-perceptivas (cognitivas)
Implican cambio en los procesos cognitivos, así como en la percepción visual y auditiva (aunque no exclusivamente): — Alucinaciones: positivas-negativas. — Amnesia: espontánea-sugerida; total-parcial; de fuente. — Hipermnesia. — Distorsión del tiempo: aceleración-ralentización. — Regresión de edad. — Proyección temporal. — Lógica del trance: observador oculto, alucinaciones en «reales», etc. — Disociación (fenómeno, no proceso). — Sueño hipnótico. — Escritura automática. — Interpretación de automatismo.

Nota: Tomado de A. Capafons (2001): *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.

nes en la percepción, pensamiento, memoria, etc. Sin duda, las reacciones cognitivo-perceptivas son las que más interés generan acerca de su contenido sustantivo. Ya a finales del siglo XIX se asumía que sólo se había hipnotizado a alguien si se daba una amnesia completa y espontánea de todo lo ocurrido bajo hipnosis. Actualmente esto se ha descartado, pues la mayoría de las personas muy hipnotizables no experimentan esta amnesia espontánea. Según Barber (1999), sólo los disociadores (un tipo de personas altas en sugestionabilidad hipnótica, y que son sólo alrededor del 1 por 100 de la población mundial) olvidan lo que ocurrió en hipnosis sin que se les sugiera. No obstante, sugerir amnesia puede ser muy útil para ciertos pacientes, para que «olviden» el paquete de cigarrillos en su casa o ciertos sucesos desagradables hasta que sean capaces de afrontarlos. Así, se habla de amnesia *de fuente* cuando se sugiere que se olvide el origen de cierta información; *total vs. parcial,* cuando se olvida todo o sólo una parte; *espontánea,* si no se sugiere.

— *Hipermnesia:* la evidencia es aplastante en mostrar que las personas hipnotizadas *no* recuerdan más ni aprenden más deprisa que cuando no están hipnotizadas (Capafons y Mazzoni, 2006), ni *tampoco* sus recuerdos son más precisos. Asimismo, se sabe que el número de falsos recuerdos bajo hipnosis es superior a cuando la persona no está hipnotizada. Esto depende de las *creencias* de que la hipnosis funciona como la máquina de la verdad, o que lo que se recuerda bajo hipnosis es siempre cierto. También intervienen en la génesis de falsos recuerdos las erróneas creencias sobre la regresión de edad. Respecto de ella, conviene recordar que los estudios muestran (Capafons y Mazzoni, 2006) que las personas no regresan a ningún estadio evolutivo anterior, sino que se comportan como creen que lo hacían entonces. Por tanto, la evidencia sobre las regresiones a vidas pasadas, y las terapias basadas en ellas, es nula, mientras que hay claros indicios de que pueden ser iatrogénicas. Por ello, las regresiones de edad encaminadas a recordar fielmente sucesos olvidados o cambiar tales recuerdos están contraindicadas (Capafons y Mazzoni, 2006), precisamente porque estas creencias, junto a las preguntas tendenciosas, son las que provocan los falsos recuerdos.

— Otro tipo de reacciones cognitivas son las *alucinaciones hipnóticas negativas* (la persona no ve algo que está a su vista) y *positivas* (ve algo que no existe). Suelen ser más bien imaginaciones muy vívidas, ante las que se actúa *como si* fueran reales. Si alguien alucina realmente bajo hipnosis, es porque puede hacerlo también fuera de ella.

— La *lógica del trance* asume que se da una mayor tolerancia a la incongruencia informativa cuando se está en hipnosis. Pero los fenómenos que se han estudiado bajo esta rúbrica han resultado ser bien un artefacto experimental, o simplemente no ser superiores a cuando la persona no está hipnotizada. Por ejemplo, destaca el concepto de *observador oculto,* es decir, la parte del yo no hipnotizada que queda oculta por la parte del yo que está hipnotizada. Así se puede decir a una persona hipnotizada que siente dolor cuando se le toque el hombro (observador oculto), y que no sentirá tal dolor cuando se le toque la frente (parte del yo hipnotizada). La investigación realizada indica que es un resultado de las instrucciones experimentales más que un proceso genuino.

— *Profundidad de la hipnosis:* suele referirse al nivel de trance hipnótico alcanzado. Aunque se sigue usando ampliamente en ese sentido, la mayoría de los investigadores opinan que es un término que sólo *indica el nivel de dificultad de las reacciones hipnóticas que la persona está experimentando.* Cuanto más difíciles, más profundidad de la hipnosis. Sin embargo, si usamos hipnosis despierta (Alarcón y Capafons, 2006), en todo caso se debería usar el símil de «altura» de la hipnosis, ya que en este caso se sugiere expansión, actividad, energía y activación cortical. Las formas habituales de «profundizar» en la hipnosis son aplicar técnicas de relajación, realizar ejercicios más difíciles, dar sugestiones de conteo (contar desde 10 hasta 0, por ejemplo, indicando que cada vez se está más hipnotizado) o de caída y descenso. En caso de hipnosis activo-alerta o despierta, serían sugestiones de activación, energía, pedir a la persona que camine y otros ejercicios perceptivos descritos más adelante.

— *Homoacción:* hace referencia a sobreaprendizaje: cuanto más se practica una sugestión, menos tiempo y más intensamente puede experimentarse, algo importante para fomentar el uso de la autohipnosis. *Hetero-acción:* indica transferencia de aprendizaje: cuanto más se practica una sugestión fácil, menos tiempo y más intensamente pueden experimentarse otras sugestiones más difíciles. Es interesante para que la persona practique ejercicios que le ayuden a desarrollar su capacidad para responder a sugestiones clínicas difíciles, especialmente dentro del modelo de valencia de hipnosis despierta (Capafons, 2001, 2004).

— *Metáforas:* se suele entender todo tipo de símiles, parábolas, alegorías, etc., que ayudan a comprender conceptos complejos en el proceso de la intervención psicológica y que facilitan la experiencia de reacciones y sugestiones hipnóticas. Son muy usadas desde hace décadas, especialmente por aproximaciones ericksonianas, aunque no sólo por ellas.
— *Fantasía dirigida a un objetivo:* se refiere a la actividad imaginativa que la persona hipnotizada pone en marcha para experimentar una reacción, que es el objetivo de la sugestión: notar el brazo inmóvil puede ser el objetivo, e imaginar que está atado a la silla, la fantasía. Las metáforas y este tipo de visualización tienen en común que usan la imaginación y la experiencia de *como si...*: «siéntete seguro, con fuerza, **como si** estuvieras atajando un problema que sabes resolver; imagina que tienes una llave que permite abrir una fuente de fuerza, de capacidad, de seguridad... de color rojo, amarillo..., te inunda, cada vez más fuerte, seguro, con energía... eres ya cisne, no patito feo...».
— *Recuerdo sensorial/emocional:* indica la capacidad de la persona para rememorar y reproducir sensaciones y emociones que ya ha experimentado y que se asocian a ciertos estímulos (oler a corral, tras años de no estar en ninguno, puede activar procesos emocionales, visuales, incluso sensoriales que quedaron asociados en el pasado a ese olor). Se apela a estos procesos para explicar por qué la hipnosis permite experimentar reacciones bajo circunstancias no esperables: si una persona experimentó alguna vez su brazo inmóvil (brazo dormido, escayolado, etc.), es posible reproducir bajo hipnosis esas sensaciones. Ayuda a entender que algunas reacciones difíciles de experimentar para la persona se pueden *instigar y reproducir,* y a través del refuerzo diferencial de los avances, como en el moldeamiento, puede llegar a experimentarlas con intensidad. Ejemplo de instigación es pedirle a alguien que recuerde una palabra dentro de una conversación que mantuvo un rato antes (dime la cuarta palabra que te dije tras saludarte...). Las experiencias que relate la persona cuando no recuerda son las sensaciones de amnesia a reproducir cuando se le sugiera amnesia de algún elemento. Usando el recuerdo sensorial, puede activar estas reacciones a través de una clave verbal y/o visual, como lo es una sugestión.

3. FORMA DE PROCEDER EN UN TRATAMIENTO QUE INCLUYA LA HIPNOSIS

En la figura 27.1 se muestra una secuencia orientativa sobre cómo proceder en la aplicación de la hipnosis clínica. Obviamente, esta secuencia tendrá que adaptarse al tipo de paciente y el problema que le aqueje.

3.1. Desmitificar y presentar la hipnosis al usuario

Obviamente lo primero es realizar un buen diagnóstico y análisis funcional del problema. Después se establece el plan de acción *sin hipnosis,* para posteriormente desmitificar la hipnosis, explicar en qué consiste el procedimiento, evaluar la sugestionabilidad hipnótica de la persona y aplicar los métodos de inducción y las sugestiones que sean adecuadas a cada caso. Es esencial crear un buen *rapport,* y evaluar las creencias erróneas (sean de rechazo o de adhesión incondicional a la hipnosis), antes de proceder con el siguiente paso. Los mitos más importantes sobre la hipnosis pueden encontrarse en la tabla 27.5, y su réplica, en la referencia allí mencionada.

La forma de presentar y explicar lo que es la hipnosis puede tener una importancia decisiva a la hora de cambiar las creencias erróneas y actitudes negativas hacia esta técnica. A veces, presentar la hipnosis como un estado alterado de conciencia o trance puede retraer a los terapeutas de usarla, y podría incrementar la resistencia de algunos clientes a ser

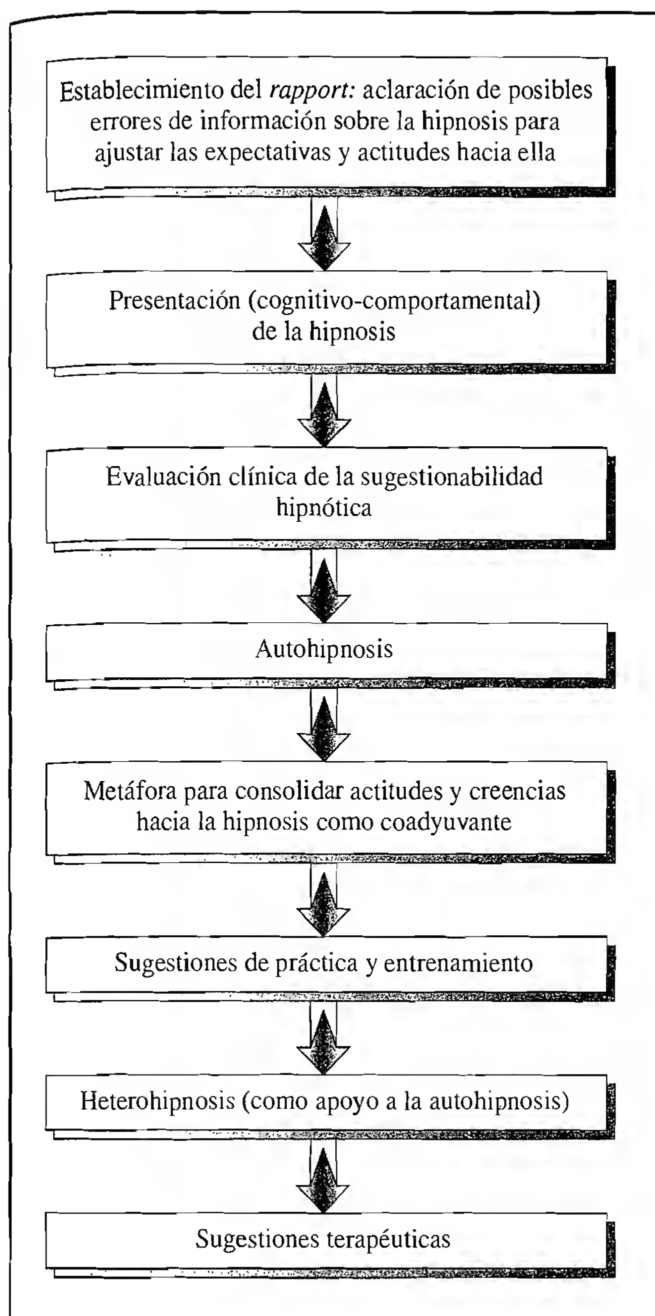


Figura 27.1.—Secuencia orientativa sobre el proceso de aplicación de la hipnosis clínica.

hipnotizados por temor a perder el control. Existe evidencia que indica que la creencia del trance puede disminuir la experiencia de sentirse hipnotizado, al generar en algunas personas criterios muy elevados y no realistas para evaluar si están o no hipnotizados, y que puede perjudicar el cambio de actitudes hacia la hipnosis. Por ello, propusimos una presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis (Capafons, 2001) para favorecer las siguientes ideas:

a) Las respuestas a las sugestiones son actos del usuario, por lo que no dependen de ningún poder del terapeuta.
b) Tales actos son automáticos, pero voluntarios, puesto que depende del cliente el que se inicien o se bloqueen.
c) Lo que ocurra durante la hipnosis depende en buena medida de que el cliente ponga en marcha ciertos recursos similares a otros muchos actos de la vida cotidiana.
d) La hipnosis implica reacciones de la vida cotidiana, que se activan o desactivan a voluntad en un momento concreto.
e) Desde este punto de vista, la hipnosis es una forma de autocontrol, si bien requiere menos esfuerzo consciente para regular ciertos comportamientos.
f) Estar hipnotizado no implica alcanzar un trance o estado alterado de conciencia, sino tener la mente preparada para poner en marcha los recursos que también en la vida cotidiana nos llevan a activar respuestas que percibimos como automáticas.

Para ello se usa un ejercicio en el que se recrea la ilusión del péndulo de Chevreul (una descripción detallada puede encontrase en Capafons, 2001). El terapeuta indica que va a realizar un ejercicio en el que se pide a un péndulo que trace círculos o líneas. Una vez el paciente observa los movimientos, se le pide que haga el ejercicio, y que se fije en la mano que sujeta el péndulo, preguntándole si observa algo. La persona dirá que no, y se sorprenderá al observar los movimientos. Entonces se le explica que el péndulo es un amplificador de los movimientos que hace inconscientemente su mano, y que es su cerebro el que «interpreta» correctamente las instrucciones de poner en marcha un comportamiento automático (la persona no se da cuenta de que lo hace), pero voluntario, pues tiene que disponer el brazo en una posición y permitir que todo ocurra. A continuación, se le pide que repita el ejercicio, pero pensando en lo absurdo de todo ello, lo

TABLA 27.5

Algunos mitos sobre la hipnosis

Mito 1.	La hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo. Las personas que mejoran con ella son crédulos, ignorantes y «dependientes».
Mito 2.	La hipnosis puede dejar a la persona «enganchada» en un trance, de forma que, al no poder «salir del estado hipnótico», quedaría mermada en su volición o devendría en un demente.
Mito 3.	La hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías «latentes» de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos pueden empeorar con la hipnosis.
Mito 4.	La hipnosis provoca un «estado» similar al del sueño en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Sólo se puede estar en esa situación especial si se ha recibido un método de inducción hipnótica.
Mito 5.	La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómata en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social.
Mito 6.	La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y casi mágicas en las personas.
Mito 7.	La hipnosis es una terapia (hipnoterapia) sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella.

Nota: Adaptado de A. Capafons (1998a): Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo, 69,* 71-88.

que suele provocar la parada del péndulo. Junto a este paso, se le puede pedir que exija con impaciencia al péndulo que se mueva, lo que suele detener también los movimientos. Con ello se ejemplifica el concepto de interferencia, que es otra característica de los actos voluntarios: la persona no sólo activa el movimiento automático del péndulo, sino que pude detenerlo interfiriendo. Entonces se le pregunta cómo interferiría una sugestión, a lo que el cliente suele responder de diversas formas (no haciendo caso, pensando lo contrario, etc.). El terapeuta dirá, entonces, que la interferencia es siempre positiva, salvo que se oculte, ya que al ocultarla se rompe la comunicación terapéutica. Todo ello debe realizarse usando preguntas (estilo mayéutico) para que la persona se esfuerce en pensar sobre lo que está ocurriendo y se implique en el proceso terapéutico, hipnosis incluida.

Si el péndulo no se mueve en absoluto, es altamente probable que la persona esté interfiriendo, y habrá que averiguar por qué. Otro tanto se hará si se asusta al ver los movimientos del reloj, pues no sólo puede mantener algunos mitos sobre la hipnosis, sino mitos populares sobre lo que indican los péndulos cuando se mueven.

Una vez realizado este ejercicio, se le pregunta si le gustan (o le asustan) las películas de terror. En caso afirmativo, se establece un símil entre experimentar reacciones intensas ante una ficción que es el cine y la hipnosis. Se pueden ejemplificar las interferencias, llamando la atención del cliente sobre que, cuando algunas imágenes son especialmente desagradables, se hace algo para evitar su impacto en él (mirar a otro lado, taparse la cara, etc.). De este modo, se le indica que la hipnosis funciona de manera similar a las películas: una ficción genera reacciones intensas, porque uno se involucra en ella, dejándose llevar por la fantasía y la narrativa del director. Finalmente, se le comenta que reaccionar ante una ficción como el cine no dice nada acerca de la inteligencia o cultura de la persona. En todo caso, será el tipo de película la que podría marcar diferen-

cias entre espectadores. De nuevo se compara esto con la hipnosis, haciéndole ver que responder a las sugestiones hipnóticas no revela nada acerca de la credulidad o inteligencia de la persona, sino el modelo de hipnosis que se esté presentando (por ejemplo, regresiones a vidas pasadas implicaría más credulidad que un modelo de regresión basado en la evidencia experimental).

Obviamente habrá que hacer las variaciones pertinentes en función de las preferencias del usuario sobre el tipo de películas que le agraden, o incluso si no le agrada el cine. Si la persona entiende todo esto, se procede con el siguiente paso.

3.2. Evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica

A continuación se realizará una evaluación de la sugestionabilidad hipnótica. Hay diversas posibilidades. Aquí presentamos una en la que se evalúan sobre todo las actitudes y expectativas hacia la hipnosis, pues son los mejores predictores del éxito terapéutico cuando se usan tratamientos psicológicos que la incluyen. Aunque hay otras muchas formas de realizar esta evaluación (incluidas las psicométricas), nosotros proponemos estos ejercicios, que deben realizarse fuera del contexto hipnótico, para reducir el miedo que tienen algunas personas a ser hipnotizadas, y, además, para familiarizarlas con las sugestiones «despiertas».

El primer ejercicio es el *balanceo postural,* sugerido con sugestiones directas y repetitivas. El usuario debe estar con los ojos cerrados, los pies juntos y el cuerpo relajado. A continuación se le sugiere con voz monótona, firme, pero agradable que se balancee adelante y atrás. Si tras escuchar la sugestión del terapeuta el cliente se balancea ligeramente, es que no está interfiriendo o bloqueando sus reacciones, ya que ese movimiento es el *esperable sin intervención alguna de la sugestión.* La posición descrita es, pues, importante, ya que provoca balanceo por sí misma. Si el cliente se balancea ostensiblemente, asumiremos que está colaborando y experimentando el efecto de la sugestión. Si el cliente no se balancea, es altamente probable que esté resistiéndose. En este caso, podemos preguntarle qué le sucede, si tiene algún miedo, etc. Aclarados los problemas, se realiza el ejercicio de nuevo. Si no se balancea, dejaremos la evaluación y revisaremos a fondo nuestra relación terapéutica con el cliente, y evitaremos aplicar hipnosis. Si, por el contrario, la persona es capaz de balancearse ostensiblemente, pasaremos a realizar el segundo ejercicio: *la caída hacia atrás.* En este ejercicio se pide al paciente que se coloque en la misma posición del ejercicio anterior. Pero, antes de dar las sugestiones de caída, haremos algunos ejercicios para que pueda comprobar que el terapeuta va a ayudarle, que el propio cliente tendrá la información necesaria para controlar en todo momento lo que pueda ocurrir y que el terapeuta puede sujetar al paciente en caso de que experimente la caída (para ello se le pide que se deje caer para que compruebe que se le puede sujetar). Posteriormente, el cliente adopta una vez más la postura, y el terapeuta le dice con un tono de voz similar al del ejercicio anterior que nota un desequilibrio y que cae hacia atrás. Si el paciente cae, concluiremos que está colaborando y confía en la hipnosis. Si, además, indica que sintió el desequilibrio, asumiremos que experimentó la reacción subjetiva sugerida. Si el cliente no se balancea cuando antes sí lo hizo, o realiza algún movimiento para evitar la caída hacia atrás, se interpreta como que el cliente *sí* ha experimentado la sugestión pero la ha interferido. De nuevo estamos observando la colaboración y la actitud hacia el terapeuta y la hipnosis, especialmente si se dejó caer hacia atrás en la comprobación fuera del contexto sugestivo. Aclaradas las dudas, se repite una vez más la sugestión de caída hacia atrás. Si todo va bien, proseguimos con la evaluación. En caso contrario, de nuevo se revisa la relación terapéutica para solucionar las interferencias. Si ello no es posible, se sale del proceso hipnótico como en el ejercicio anterior. Sin embargo, antes de abandonar este proceso, conviene realizar estos ejercicios, apelando directamente a la imaginación. Por ejemplo, se pide al paciente que *imagine* que el terapeuta tiene un imán muy poderoso en la mano y que le pasa ese imán alrededor de la cabeza, que deviene, a su vez, imantada. Así, en un momento dado, el terapeuta indica que el imán se desplaza hacia diferentes

lados, arrastrando al paciente. Finalmente, el imán tira del paciente tan fuerte hacia atrás que el usuario cae. Si observamos mejores respuestas cuando aplicamos este ejercicio, asumiremos que es conveniente usar la imaginación, por lo que deberemos tenerla en cuenta a la hora de dar las sugestiones.

A continuación, se realizarán dos ejercicios más, que por falta de espacio no podemos describir aquí: el de catalepsia ocular y apretón de manos. Puede encontrarse una descripción detallada en Capafons (2001, 2004). Si el paciente realiza correctamente la mayoría de los ejercicios, y su actitud hacia la hipnosis no es negativa o exageradamente positiva, procederemos a enseñarle (siempre que sea posible y adecuado a su problema y situación) algún método de autohipnosis. Así favorecemos su sentido de la responsabilidad e implicación en el proceso terapéutico, delegando control en él, con lo que reducimos sus posibles reticencias residuales hacia la hipnosis, y le fomentamos el sentido de la hipnosis como una forma de autocontrol.

3.3. Un método de autohipnosis polivalente: autohipnosis rápida

Este método de inducción se entronca dentro del modelo de valencia de hipnosis despierta, aunque puede usarse como un método tradicional por relajación y restricción de la atención (Capafons, 2001). Antes de inducir la hipnosis, se debe avisar de los fenómenos esperables durante la inducción hipnótica. Si es una inducción por relajación, las reacciones son como las de la relajación: mareo (agradable), hormigueo, somnolencia, pesadez, sensación de flotación, etc. Es apropiado que se establezcan señales para que el terapeuta pueda saber si el cliente desea abandonar la hipnosis. Si se usa como método de activación, también conviene explicar qué es lo que cabe esperar de él, para que no se confundan las instrucciones de activación con instrucciones ansiógenas. Asimismo, es conveniente que se indique cómo reducir los pensamientos e imágenes interferentes, y que dificultan que el paciente se concentre. Una forma de hacerlo es simplemente no tratar de combatirlos. Simplemente deben dejarse pasar, incluso centrarse en ellos e intentar incrementarlos para provocar un efecto paradójico.

La autohipnosis rápida consta de tres pasos diseñados para que *induzcan* sensaciones de relajación, pesadez e inmovilidad corporal (si bien algunas personas experimentan ligereza), lo que se comunica al cliente para que fomente la evocación de las sensaciones. Los tres pasos se entrenan por separado, y luego se encadenan, para finalmente desvanecerse y usarse sólo una versión muy abreviada del método. Al paciente se le indica que va aprender un método de autoinducción muy rápida, basado en otros métodos también rápidos de heterohipnosis, como el apretón de manos y la caída hacia atrás, y adaptados para que se puedan realizar sin caer realmente hacia atrás y pasar, con un poco de práctica, totalmente desapercibidos. Para enseñar el *apretón de manos* el terapeuta junta las manos, *sin trenzar los dedos,* sino cogiéndolas la una con la otra y sin realizar presión alguna. Sujetándose una mano contra la otra, coloca los brazos en alto, en posición de oración, flexionando ligeramente los brazos por los codos. A continuación, el terapeuta inspira aire profundamente y, mientras lo *exhala lentamente,* aprieta *ligeramente* las manos. Sin aflojar las manos, sino tensando un poco más en cada exhalación, repite el ejercicio *dos veces consecutivas*. En la última exhalación el terapeuta deja caer los brazos *bruscamente* sobre las piernas al terminar de soltar el aire por tercera vez. Se trata, pues, de aumentar suavemente y de forma creciente la fuerza con la que las manos se unen, para dejarlas caer como si estuvieran muertas. A continuación se pide al paciente que lo haga él mismo, y que identifique y nos comunique las sensaciones que le provoca el ejercicio en las manos y los brazos (pesadez, hormigueo, etc., a veces calor y ligereza), y si en alguna mano más que en otra. Para la *caída hacia atrás,* el terapeuta comienza también modelando el ejercicio, e indicando en voz alta lo que hace: primero buscar la posición en la que se quiere quedar autohipnotizado, luego separarse unos 20 cm del respaldo, para dejarse caer *bruscamente* hacia atrás. Entonces pedirá al paciente que realice lo mismo y se fije en las reacciones que experimenta (mayor comodidad, una sensación en el estómago como cuando se pasa por un badén rápido, una casi

imperceptible sensación de inmovilidad que dura un instante, etc.), pues, si no se experimentan, el ejercicio se ha hecho incorrectamente. A continuación *se encadenan* los dos pasos, también previo modelado del terapeuta, corrigiendo los errores que puedan surgir. Se pregunta al cliente por las reacciones, y si no nota nada de lo descrito líneas arriba, debemos sospechar que está interfiriendo, ya que los ejercicios están diseñados para que casi todo el mundo note pesadez y relajación (o ligereza), por lo que habrá que corregir las distorsiones que aún queden sobre la hipnosis. Finalmente, una vez el cliente domina la secuencia descrita, el terapeuta prosigue con el siguiente paso: *la inmovilidad corporal.* El cliente repite los dos pasos, y el terapeuta, entonces, le sugiere que el brazo está pesado (o ligero, según la preferencia del paciente, aunque suele ser pesadez), pegado e inmóvil (o que levita, si es ligereza). Puede ayudarse de un conteo y de frases que incluyan el *como si...* (fuera una pluma, o plomo, etc.). Si nota las reacciones, le diremos que ya está en autohipnosis, y le pediremos que salga por sí mismo de ella, contando hasta tres, por ejemplo. Una vez terminado este ejercicio motor de reto, se realiza una breve entrevista para comprobar las reacciones que se han provocado, cómo las ha experimentado el cliente (intensidad y si han sido agradables), qué imaginó, si lo hizo, etc., para adaptar los ejercicios a las peculiaridades del paciente. A continuación, se solicita al cliente que lo importante es que practique todos los días el método tres veces seguidas, tres veces al día, y en diferentes lugares, hasta que consiga realizarlo con velocidad y con los ojos abiertos. Posteriormente, se instruye al cliente para que provoque una reacción que le sirva como «señal» para poner en marcha sus habilidades sugestivas, introduciéndole, si no se hizo ya antes, en el concepto de *recuerdo sensorial.* Generalmente se sugiere que note el brazo disociado y que reexperimente las sensaciones más prominentes en él. Ésta es la versión abreviada del método, y la que usará en público para autohipnotizarse sin que nadie se dé cuenta de ello. En este caso, ya hablaríamos de hipnosis despierta. Si queremos trabajar con este modelo, pueden realizarse algunos ejercicios de activación, como colocarse tras el paciente y, mientras mantiene los ojos abiertos, el terapeuta mueve sus dedos índices de modo que el paciente los pueda ver por el rabillo de sus ojos, mientras se le pide que mire a diferentes lugares de la sala, y se fije en los colores, brillos, etc. Si nota estos cambios en la percepción, se sugiere que la mente se expande, se activa, y su cerebro trabaja más deprisa y con eficiencia. A partir de ahí ya se procede a dar(se) sugestiones bajo hipnosis despierta.

3.4. Un método de heterohipnosis por fijación de la mirada/relajación

Las formas de inducción hipnótica son variadísimas. El ejemplo que exponemos a continuación es sólo un ejemplo de procederes muy clásicos, pero sería aconsejable que cada terapeuta diseñase sus propios procedimientos con los que el mismo y el cliente se sientan cómodos, teniendo en cuenta que generalmente no hace falta mirar a un punto u objeto, sino sólo cerrar los ojos y dar sugestiones de relajación y profundización como las anteriormente señaladas. Por ejemplo, se puede decir lo siguiente: «Ahora, concéntrate en un punto, no lo pierdas de vista, sólo mantén los ojos abiertos. Dentro de un momento, notarás los ojos cansados. Pero mantenlos abiertos hasta que te indique lo contrario. Cuando los cierres, estarás en hipnosis "ligera". Cada vez notas los párpados más y más pesados... Cada vez apetece más cerrarlos..., eso es..., nota cómo se cierran los ojos (cuando hay signos de fatiga). Ahora cierra los ojos (si el cliente no lo hace, interrumpimos la sesión, pues está interfiriendo con el proceso) y céntrate en mi voz, relaja tus manos y brazos, eso es... los hombros... relaja la cabeza y la cara... relaja el pecho, eso es... el vientre... las nalgas... muy bien... las piernas y los pies... cada vez estás más y más pesado..., relajado..., hipnotizado..., hipnotizado..., muy bien..., estupendo... Ahora contaré de 10 a 0. A medida que me acerque al 0, te notarás más y más pesado, relajado, hipnotizado..., muy pesado, relajado e hipnotizado... (lentamente), 10, 9, 8, relajado..., pesado..., hipnotizado..., 7, 6, cada vez más y más hipnotizado, con la mente receptiva, *sólo dejando que las cosas ocurran...*, 5, 4, 3, profunda-

mente hipnotizado, hipnotizado, 2, 1, 0, muy relajado... e hipnotizado... con la mente preparada para experimentar las sugestiones, muy receptiva...».

Una vez hemos terminado con la *inducción*, podemos preguntar a la persona si desea seguir con los ejercicios. Si su respuesta es negativa, terminaremos con la hipnosis, y entrevistaremos al cliente para averiguar las razones de tal negativa. Si, por el contrario, consiente en realizar los ejercicios, proseguiremos con los que tuviéramos previstos para esa sesión, comenzando con los más fáciles (motores) para terminar con los más complicados (perceptivo-cognitivos y de reto). Una de las funciones de la heterohipnosis puede ser, precisamente, apoyar la autohipnosis, de forma que se le sugiere al cliente que lo necesite que, cuanto más practique la autohipnosis, u otras sugestiones, más intensamente notará los efectos, como si fueran sugeridos por el propio terapeuta.

3.5. Un método de hipnosis despierta y activo-alerta: hipnosis vigilia alerta

Este método es parte del modelo de valencia de hipnosis despierta (Capafons, 1998a, b, 2001) y complementa la autohipnosis rápida. Se indica al cliente que las experiencias serán similares a las de un paseo refrescante, o cuando se espera una sorpresa agradable. A continuación se le dice más o menos lo siguiente: «Ahora céntrate en tu mano derecha. Comienza a moverla de arriba abajo por la muñeca, mientras mantienes apoyado tu brazo en el reposabrazos. Eso es, mueve la mano sin detenerla en ningún momento... pronto notarás que el movimiento es más automático, la mano se moverá sola, como si tú no la impulsaras..., tus músculos se activarán más y más..., eso es, observa cómo el movimiento es cada vez más automático, cada vez te activas más y más, tu corazón debe bombear más sangre para mover los músculos..., observa cómo tu corazón late más deprisa..., como cuando estamos impacientes o ligeramente emocionados..., tu respiración comienza a agitarse, cada vez más y más. Estás respirando más deprisa, pero con ritmo. Te vas notando cada vez más y más hipnotizado, activado e hipnotizado, con tu mente funcionando cada vez más deprisa, expandiéndose. Ahora puedes parar la mano, mientras la respiración sigue rápida, agitada..., y devienes cada vez más y más hipnotizado. Todo tu cuerpo se activa cada vez más y más..., la sangre que proviene de tu mano se irradia por todas las arterias de tu cuerpo, transportando una sensación de energía, expansión, activación, muy agradable, y te sientes más hipnotizado todavía. Tus piernas tienden a moverse, tu tronco y cabeza también están más activos, con deseos de moverse. Ahora notas la necesidad de levantarte del sillón y caminar tranquilo hasta la puerta de la habitación (la persona se levanta y camina). A medida que caminas te sientes más hipnotizado, alerta, con tu cerebro muy activado y receptivo..., tu mente está preparada, activada, muy, muy expandida, despejada..., cada vez más y más despejada y expandida..., tu mente está hipnotizada y preparada para poder trabajar deprisa y con eficacia».

Si la persona, en general, experimenta las reacciones, se le dan sugestiones con los ojos abiertos, y luego se la deshipnotiza, sugiriendo que se desvanece la activación. Las ventajas de ese método (y de la autohipnosis rápida) son que podemos ajustar instantáneamente las sugestiones según la retroalimentación que nos dé la persona, pues está con los ojos abiertos y hablando fluidamente, además de todas las que se derivan de ello: insertar la hipnosis en la vida cotidiana y la generalización de respuestas, pues usan la hipnosis para problemas no tratados en consulta.

4. USO CLÍNICO DE LA HIPNOSIS

Además de las sugestiones que se pueden dar para el problema en concreto (véase una variedad de ellas en la tabla 27.6), una de las funciones de la hipnosis, especialmente de la despierta, es incrementar la motivación, expectativas de eficacia y expectativas de resultado del paciente. En la medida en que las sugestiones se dan con los ojos abiertos, el paciente comprueba, a través de ejercicios de práctica, que una serie de estímulos (lápices, relojes o cualquier objeto, incluso imaginado) pueden provocar reacciones que, de forma *natural*, no provocarían. Por ejemplo, ver o tocar un reloj puede provo-

TABLA 27.6

Algunos tipos de sugestiones terapéuticas

Sugestiones de que las sugestiones y las técnicas serán eficaces.
Fortalecimiento del yo: seguridad, capacidad, fuerza, energía.
Bienestar: alegría, satisfacción, relajación.
Distancia: indiferencia, objetividad, calma, serenidad.
Deseo/control.
Ansiedad, confusión, tristeza, preocupación excesiva, pánico.
Asco, repulsión rechazo.
Saciedad-apetito.
Analgesia/anestesia.
Motoras de inmovilidad, ralentización o aceleración de movimientos. Escritura automática.
Disociación de partes de uno mismo, del entorno. Amnesia, alucinaciones de soluciones, etc.
Distorsión del tiempo: aceleración (momentos de dolor) y ralentización (disfrute de comida).
Regresión de edad a cuando no estaba el problema (sin buscar precisión en el recuerdo).
Progresión en el tiempo a cuando no haya problema.
Alteración de la experiencia psicofisiológica de ansiedad o similar.
Reinterpretación de las reacciones psicofisiológicas y pensamientos.
Intención paradójica (como variación de sugestiones de reto).

car, según se sugiera, pesadez y, al cabo de un rato, lo contrario, ligereza. Estos ejercicios nos permiten formular al cliente tres preguntas clave:

1. «¿Qué razón hay para que un conjunto de objetos evoque distintas reacciones, incluida la paralización de su mano, cuando no hay ninguna causa para que provoque de forma natural ninguna de ellas?». La respuesta es obvia: la forma de pensar, imaginar y la actitud (dejar que las cosas ocurran, sin impaciencia), es decir, darse sugestiones permitiendo que el cerebro ponga en marcha sus mecanismos autorregulatorios.
2. «¿Es posible que la magnitud, forma, características, etc., de su problema (por el que la persona pida ayuda) dependan de cómo piensa, imagina o de su actitud hacia él, dificultando las funciones autorregulatorias de su cerebro?». La respuesta también es simple: parece que sí, ya que la persona ha experimentado distintas emociones según se haya autosugestionado.
3. «Si ayudándose de la hipnosis ha conseguido notar ligereza, al rato pesadez, después inmovilidad, para terminar con actividad extrema, ¿no cree que también podrá experimentar otras cosas que le ayuden a superar su problema?». La respuesta es, también, afirmativa.

Habitualmente, las personas responden adecuadamente a las tres preguntas, y el *significado* de sus «síntomas» varía: ya no son algo que ocurre fuera de su control, sino que su actitud y el entendimiento que tiene del problema son lo que modula, determina y/o lo mantiene. Así la hipnosis se presenta como un coadyuvante que ayuda a incrementar el autocontrol y la autorregulación.

4.1. Un caso de fibromialgia tratado con autohipnosis rápida[2]

La fibromialgia es un trastorno caracterizado por dolores crónicos generalizados y cansancio profun-

[2] Traducido del portugués por Daniela Flores Castañeda (Universitat de València).

do, con un severo impacto en la calidad de vida. Como tratamiento, además del farmacológico, se han presentado diversas propuestas psicológicas, principalmente cognitivo-comportamentales, incluida la hipnosis (Martínez et al., en prensa). El caso clínico que presentamos describe la aplicación de la *autohipnosis rápida.* Eva (nombre ficticio) tiene 37 años, vive en una ciudad de Portugal y ha sido diagnosticada de fibromialgia desde hace cuatro años. Durante los dos últimos, Eva recibió una ineficaz asistencia médica. De hecho, seguía manifestando los mismos problemas, y, cuando nos buscó, llevaba más de un año de baja médica debido a los trastornos provocados por los dolores y sus problemas asociados (insomnio, ansiedad, disforia). Eva estaba muy deteriorada debido a la fibromialgia: empobrecimiento del vocabulario, pérdida de la noción de tiempo y espacio, ansiedad, etc., tomando 40 mg de fluoxetina[3] y 150 mg de lyrica *(pregabalina)* diarios como única intervención. En la primera consulta, Eva explicó que la razón para buscar nuestra ayuda fue que no quería tomar medicación permanentemente. Planificamos que primero reduciríamos la fluoxetina[4]. Eva inició un «diario de dolor», evaluando su intensidad en el desayuno, almuerzo, cena y al acostarse, con una escala de 0 (ausencia de dolor) a 5 (dolor incapacitante). Se completó la sesión con algunos ejercicios de evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica (que indicaron una buena capacidad en la paciente para responder a las sugestiones) y con la planificación de la intervención (tabla 27.7).

En la tercera semana, iniciamos a Eva en las técnicas de *relajación controlada por señal,* usando la palabra «calma» al espirar. En la cuarta semana Eva aprendió una técnica de relajación concebida por el tercer autor de este capítulo («relajación con imágenes»). En ese momento Eva estaba solamente con 20 mg de fluoxetina, los dolores de estómago estaban disminuyendo y se sentía emocionalmente más estable. En la quinta semana empezamos con la autohipnosis rápida, momento en que dejó de realizar relajación. Tras varios ensayos, hallamos los tipos de sugestiones más eficaces para disminuir/eliminar los dolores de la paciente. Además, y para desarrollar en Eva el control sobre la ansiedad y el desánimo, introdujimos sugestiones de relajación y bienestar. Este procedimiento se repitió durante la semana siguiente[5]. Cabe destacar que Eva practicó regularmente en casa la autohipnosis (tres veces al día, y siempre que tuviera dolor) y que pasó a tomar la medicación sólo en caso de absoluta necesidad.

TABLA 27.7

Descripción sumaria de los principales problemas, objetivos de intervención y respectivos procedimientos y técnicas empleados (MV-Modelo de Valencia)

Problema/dificultad	Objetivo de intervención	Procedimiento/técnica
Dolores de la fibromialgia.	Reducir o eliminar los dolores.	Autohipnosis rápida (MV).
Ansiedad y disforia.	Sentirse más calmada y confiada.	Autohipnosis rápida (MV).
Estrés/cansancio.	Disminuir el estrés y el cansancio.	Disciplinar el horario de trabajo.
Tensión muscular/contracción muscular.	Relajar los músculos.	Frecuentar la piscina (natación/hidromasaje).

[3] Genérico.

[4] Eva fue remitida a una médica especialista, que ajustó la medicación y confirmó la disminución gradual de la fluoxetina.

[5] Después de esa semana, Eva pasó a considerarse muy bien emocionalmente, sin ansiedad ni síntomas depresivos.

A partir de la séptima semana, Eva abandonó la medicación. Entonces, introdujimos autohipnosis rápida en movimiento (de pie y caminando). Las sesiones pasaron a ser quincenales, después mensuales y, finalmente, por contacto telefónico. Como puede observarse en la figura 27.2, Eva dejó prácticamente de padecer dolores tras la segunda semana de autohipnosis rápida (tres sesiones, correspondientes a las semanas 5, 6 y 7), técnica que continúa utilizando en la actualidad, aunque no diariamente. Asiste a natación varias veces por semana y respeta los límites de horario de trabajo. Actualmente sigue sin tomar ninguna medicación (figura 27.2).

4.2. Recomendaciones para incrementar la eficacia de las sugestiones

Brevemente, si usamos sugestiones directas, es conveniente considerar lo siguiente:

— Tono de voz apropiado a cada mensaje: enfatizar las palabras clave y hablar con ritmo, pausas y velocidad adecuados a cada cliente. Modular el tono de voz según el momento del mensaje, mostrando *seguridad y fluidez*. La expresión *no verbal* debe ser acorde con el mensaje verbal.
— Sugestiones cortas o fraccionadas en frases cortas.
— Contenido expresado en positivo. Es mejor decir: «el tabaco es indiferente para ti» que «ya no te apetece el tabaco».
— Cuantos más sentidos se impliquen en la visualización, mejor.
— Las sugestiones posthipnóticas tendrán un límite de tiempo corto y determinado: «dentro de un momento, cuando salgas de hipnosis, y durante la próxima media hora, te notarás despejado y activo... durante media hora, te notarás despejado y activo...».
— Las sugestiones deben ser creíbles para el usuario. Es mejor decir: «a medida que vaya enfrentándome a las situaciones que temo, éstas dejarán de molestarme» que: «a partir de hoy disfrutaré siempre de paseos en bicicleta» (en el caso de un agorafóbico).

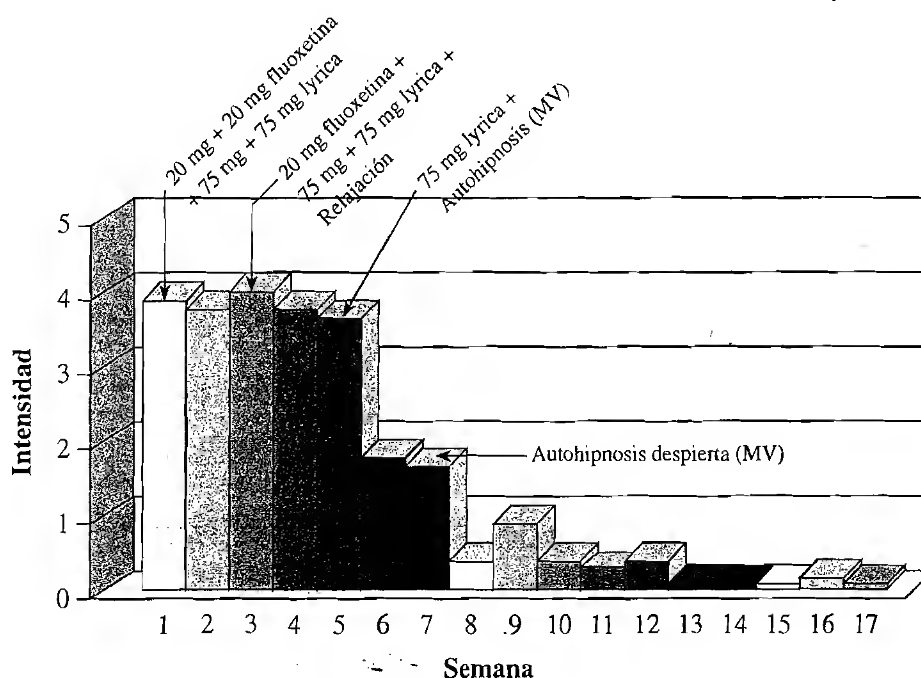


Figura 27.2.—Autorregistro del dolor con las diversas fases (línea base, tratamiento y seguimiento).

— Disponer de varias sugestiones para prevenir aburrimiento o habituación.
— Expresarlas con fuerza, seguridad y contundencia, incluso con una intensa implicación emocional. Evítese repetir las sugestiones mecánica y anodinamente.

En caso *de fracaso* en el cumplimiento de las sugestiones, puede ayudar lo siguiente:

1. Apelar al aprendizaje del control del recuerdo sensorial/emocional o de la reproducción de respuestas en general.
2. Enfatizar el concepto de interferencia, eliminando desconfianza y/o impaciencia.
3. Distinguir entre conducta involuntaria y automática (ésta puede ser controlada).
4. Realizar ejercicios correctores, según el siguiente esquema:

   — Instigación y observación de la respuesta que se pretende sugerir.
   — Asociar la respuesta a una clave verbal, visual, ambas... (opcional).
   — Animar a su reproducción, activando la clave.
   — Enfatizar diferencias individuales en velocidad y estilo de aprendizaje.

5. COMENTARIO FINAL

Este capítulo es sólo introductorio a la hipnosis clínica. Somos conscientes de que hemos dejado de mencionar muchos procedimientos y aplicaciones, pues el espacio impone restricciones. La variedad de sugestiones, métodos de inducción y forma de dar las sugestiones (incluidas las autosugestiones), es casi infinita. Esta versatilidad es, obviamente, una ventaja. Sólo la creatividad del terapeuta y del cliente impondrá limitaciones a su uso. La hipnosis clínica, mientras se use como coadyuvante, al objeto de incrementar la eficacia y eficiencia de tratamientos médico-psicológicos, y por personal cualificado, carece de riesgos. Éstos sólo dependen de las creencias inadecuadas del terapeuta y del cliente. La norma básica a considerar se encuentra en la respuesta a la siguiente pregunta: *¿Estoy cualificado por mi profesión para tratar a este paciente con este problema sin usar hipnosis?* Si la respuesta es afirmativa, podemos proseguir con la hipnosis. Si es negativa, mejor remitamos el cliente a una persona con la cualificación adecuada: un psicólogo nunca deberá realizar una endodoncia, aunque sea experto en hipnosis, y un odontólogo, experto en hipnosis también, no deberá nunca tratar una depresión. En ambas profesiones se usa la hipnosis, pero sólo debe aplicarse al campo propio de esa profesión. Si alguien carece de profesión, por mucho que defienda ser experto en hipnosis clínica, difícilmente aplicará una intervención adecuada, más si es para realizar curas milagrosas de cáncer, alteraciones severas del sistema inmunológico, etc. La hipnosis es útil en manos de personas competentes; inerte en manos de personas incompetentes, e iatrogénica en manos de personas ignorantes y desinformadas. Sirva este capítulo como acicate al lector interesado en seguir adelante en su formación como profesional, que aplicará una hipnosis clínica basada en la evidencia, y dentro de sus competencias profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

British Psychological Society (2001). *The nature of hypnosis.* Leicester (RU): British Psychological Society (traducción española, Valencia: Promolibro, 2002).

Libro imprescindible para un conocimiento de la hipnosis basado en la investigación científica. Especialmente adecuado para comenzar con una base sólida antes de leer libros más «profanos» o clínicos.

Capafons, A. (2001). *Hipnosis.* Madrid: Síntesis.

Libro introductorio en el que se pueden encontrar

los elementos básicos para diseñar una intervención que incluya la hipnosis, con una sólida base experimental. Complemento adecuado a este capítulo.

Monográfico sobre hipnosis de Papeles del *Psicólogo* del 2005 (en web, 2004) (n.° 89): www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?ID=1179.

En él escriben autores de primera fila sobre áreas de eficacia de la hipnosis, características de la persona hipnotizada, falsos recuerdos, etc. Como el anterior, imprescindible para orientarse dentro del campo de la hipnosis.

Página web del Grupo de Trabajo de Hipnosis Psicológica del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana (www.uv.es/GRUPOHIPNOSISCOP/).

Se puede encontrar prácticamente todo lo que se necesita para estar al día y bien informado sobre el campo de la hipnosis, con referencias, artículos, películas, conferencias, etc. Esencial para orientarse en el laberíntico mundo de la hipnosis y saber diferenciar la hipnosis científica de la lega.

Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B. y Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science, 277,* 968-971.

Uno de los estudios pioneros en el uso de las técnicas de neuroimagen con la hipnosis. El estudio tuvo bastante relevancia en su momento, además de la hipnosis, por ayudar a esclarecer la especialización entre las áreas implicadas en el procesamiento del dolor.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La investigación sobre la eficacia de la hipnosis indicada en el manejo del dolor ha alcanzado el estatus de técnica:

   a) Sin apoyo sobre su eficacia.
   b) Probablemente eficaz.
   c) Eficaz y específica, como tratamiento bien establecido.

2. La hipnosis clínica se ha mostrado útil cuando se la usa:

   a) Como única intervención (hipnoterapia).
   b) Como coadyuvante de tratamientos psicológicos y médicos.
   c) Como técnica regresiva que busca recuerdos disociados y reprimidos en el inconsciente.

3. Según la definición de la American Psychological Association sobre hipnosis, la claridad con la que se sabe que una persona está hipnotizada:

   a) Aumenta con el número de sugestiones a las que responde.
   b) Cuando su EEG muestra ondas theta elevadas.
   c) Cuando el paciente tiene amnesia total y espontánea.

4. Los resultados de distintas investigaciones han demostrado que las personas hipnotizadas recuerdan:

   a) Siempre cosas que son ciertas, pues la hipnosis genera hipermnesia.
   b) Cosas que son ciertas y cosas que no lo son, pues las creencias erróneas, y las preguntas tendenciosas del hipnotizador, potencian la creación de falsos recuerdos.
   c) Siempre cosas falsas, ya que la hipnosis en sí misma genera distorsiones de memoria.

5. La homoacción y la heteroacción son conceptos hipnóticos que indican:

   a) Homoacción: respuestas hipnóticas propias del género masculino; heteroacción:

respuestas hipnóticas propias del género femenino.
b) Homoacción: transferencia; heteroacción: sobreaprendizaje.
c) Homoacción: sobreaprendizaje; heteroacción: transferencia.

6. Las investigaciones sugieren que, para los tratamientos que incluyen la hipnosis, los mejores predictores de éxito son:

a) Los niveles de sugestionabilidad hipnótica (o no) del paciente.
b) La viveza de las imágenes y la absorción en ellas.
c) Las actitudes positivas hacia la hipnosis y las expectativas.

7. Los métodos de inducción hipnótica incluyen, *necesariamente:*

a) Fijación de la mirada y restricción de la atención.
b) Instrucciones de relajación y conteo, para fomentar la atención y el trance.
c) Aquellos ejercicios y sugestiones que mejor se adapten al cliente, el terapeuta y el problema que se trate, pues la gama de posibilidades es muy amplia (alerta, activos, vigilia, relajación, etc.).

8. En general, las sugestiones clínicas deben verbalizarse:

a) A través de frases cortas, formuladas en positivo, de forma permisiva y con implicación emocional.
b) De forma indirecta, ya que ha mostrado ser más potente para promover las respuestas a las sugestiones.
c) Con frases largas y metafóricas, ya que se accede mejor al inconsciente analógico.

9. Una forma de corregir fracasos en experimentar sugestiones es la de instigar la respuesta a experimentar, asociarla a una clave y activar esa clave para reproducir la respuesta. Generalmente estos ejercicios se aplican explicando el concepto de:

a) Disociación cognitiva.
b) Recuerdo sensorial/emocional.
c) Trance o estado alterado de conciencia.

10. ¿Cuál de los siguientes rasgos característicos se aplica mejor a la investigación fisiológica sobre la hipnosis?

a) Poco sistemática.
b) Metodológicamente consistente.
c) Irrelevante.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	a	b	c	c	c	a	b	a

Técnicas específicas 28

MARÍA CRESPO

En este capítulo se recogen diversas técnicas de modificación de conducta que surgieron y se utilizan para el tratamiento de un trastorno, o grupo de trastornos, específico. La selección de técnicas no es, ni pretende ser, exhaustiva; se ha optado en cambio por seleccionar aquellas que se utilizan con más frecuencia en el ámbito clínico, y cuya aplicación se basa en principios explicativos relacionados con la etiología de un trastorno concreto.

1. FOCALIZACIÓN SENSORIAL Y SEXUAL

Esta técnica constituye el eje central de la terapia sexual desarrollada por Masters y Johnson (1970/1976) y se aplica, con ligeras variantes, en la práctica totalidad de casos de disfunciones sexuales. Se suele incluir tras la educación, constituyendo el eje central de la terapia sexual e incorporando en su aplicación variantes y componentes específicos para cada disfunción sexual.

El objetivo básico de la técnica es que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales, lo que les llevará, por un lado, a incrementar el disfrute con la estimulación y, por otro, a aprender a proporcionar estimulación placentera a su pareja. De este modo resulta de gran utilidad para ayudar a los pacientes a entender y aceptar el objetivo general de la terapia sexual, en la que se plantea un acercamiento a la actividad sexual centrado en el placer y no sólo en la restauración del funcionamiento o la consecución de logros. Indirectamente la focalización también suele conseguir un incremento en la comunicación e intimidad de la pareja, así como una disminución de la ansiedad en situaciones sexuales (Labrador y Roa, 1998).

La técnica, según el procedimiento desarrollado por Masters y Johnson, se aplica en pareja y se centra en la estimulación alternada del cuerpo y las caricias mutuas. Para ello se indica a la pareja que escojan dos momentos del día en los que, en un ambiente adecuado, sin prisas ni agobios, se dediquen a acariciarse. Su única preocupación en esos momentos debe ser prestar atención a sus sensaciones corporales y a las de su pareja, e intentar disfrutar con ellas, sin pretender llegar a ningún tipo de «logro» o «realización» (ya sea ésta orgasmo, erección o excitación). De hecho, se les prohíbe explícitamente realizar la penetración y el coito.

Habitualmente la aplicación de esta técnica va precedida de una evaluación de las preferencias de estimulación de ambos miembros de la pareja y de la provisión de información sexual, especialmente sobre la anatomía y fisiología de la respuesta sexual, tanto masculina como femenina. Durante la focalización sensorial y sexual, se insta a ambos miembros a que apliquen los conocimientos adquiridos en esas fases previas.

El procedimiento completo consta de dos fases. En la primera, denominada *focalización sensorial* o *sensual,* se les instruye para que, completamente desnudos, se dediquen, por turnos, a recorrer y

acariciar el cuerpo de su pareja, intentando identificar sensaciones táctiles placenteras para el que las realiza y para la pareja. En esta fase se les indica explícitamente que las caricias de ambos pueden centrarse en cualquier parte del cuerpo, excepto en los genitales de ambos y los pechos de la mujer. La segunda fase, que recibe el nombre de *focalización sexual* o *genital,* sigue las mismas pautas que la fase anterior, si bien ahora las caricias también abarcan la zona genital y los pechos de la mujer (lo que no implica que se centren exclusivamente en estas zonas). Además, en esta segunda fase se pueden incluir ejercicios o técnicas específicas en función de la disfunción concreta que se esté tratando.

Opcionalmente pueden utilizarse lociones o aceites para facilitar las caricias y hacerlas más estimulantes y placenteras, evitando siempre aquellas sustancias que tengan propiedades irritantes. Asimismo, se les anima a que expresen o comuniquen mutuamente, de manera verbal y no verbal, las sensaciones experimentadas.

Hay que tener en cuenta que, a pesar de que no se busque, pueden aparecer, especialmente durante la fase de focalización genital, respuestas sexuales como la erección o la lubricación vaginal. Hawton (1985/1988) indica que se puede permitir la masturbación en solitario en aquellos casos en los que aparece una alta excitación y la persona lo desea.

TABLA 28.1

Pautas para la aplicación de la focalización sensorial y sexual

1. FOCALIZACIÓN SENSORIAL: en un ambiente tranquilo, ambos miembros de la pareja se acarician mutuamente por todo el cuerpo, excluyendo las zonas erógenas primarias (por ejemplo, genitales de ambos y pechos de la mujer), y con prohibición explícita de realizar el coito. En cada encuentro se realizan, secuencialmente, los siguientes pasos: *a)* Caricias de uno (activo) a otro (pasivo). *b)* Caricias de otro (activo) a uno (pasivo). *c)* Caricias mutuas (ambos activos). Tras la realización de la tarea, completan un autorregistro individual o conjunto.
2. Práctica del ejercicio tres o cuatro veces por semana hasta que ambos miembros de la pareja disminuyen su ansiedad, experimentan sensaciones placenteras y mejoran su comunicación sobre aspectos sexuales.
3. FOCALIZACIÓN SEXUAL: en un ambiente tranquilo, ambos miembros de la pareja se acarician mutuamente por todo el cuerpo, incluyendo las zonas erógenas primarias (por ejemplo, genitales de ambos y pechos de la mujer), con prohibición explícita de realizar el coito. En cada encuentro se realizan, secuencialmente, los siguientes pasos: *a)* Caricias de uno (activo) a otro (pasivo). *b)* Caricias de otro (activo) a uno (pasivo). *c)* Caricias mutuas (ambos activos). Tras la realización de la tarea, completan un autorregistro individual o conjunto.
4. Práctica del ejercicio tres o cuatro veces por semana hasta que ambos miembros de la pareja disminuyen su ansiedad, experimentan sensaciones placenteras y excitación y mejoran su comunicación sobre aspectos sexuales. En su caso, se van introduciendo ejercicios o técnicas específicos en función de la disfunción que se esté tratando.

Según Masters y Johnson, el paso de la primera a la segunda fase puede realizarse al cabo de un par de días de práctica. Sin embargo, es más habitual plantear un avance más gradual sugiriendo una práctica de tres o cuatro veces por semana. En cualquier caso, para dar el paso conviene constatar que ambos miembros de la pareja han disminuido su ansiedad ante la situación, experimentan sensaciones placenteras y han mejorado la comunicación sobre aspectos sexuales.

En ambas fases, tras la realización de la tarea, se pide a la pareja que realice un autorregistro, individual o conjunto, en el que han de indicar: fecha y hora, tiempo total (minutos) de la tarea, situación, actividades realizadas, grado de placer (en una escala de 0-10) y grado de excitación (0-10), incluyendo además aquellas observaciones que estimen oportunas.

Durante la aplicación de estas técnicas las sesiones clínicas consisten, básicamente, en la revisión de los ejercicios indicados para casa, así como de las reacciones experimentadas durante ellos por ambos miembros de la pareja. En función de ellos se toman decisiones sobre el avance en la terapia o se corrigen errores y se programan nuevas tareas para casa.

2. COMPRESIÓN Y COMPRESIÓN BASILAR

Las técnicas de compresión y de compresión basilar se utilizan en el tratamiento de la eyaculación precoz, durante la aplicación de la focalización sexual o genital, y tienen como objetivo enseñar al varón a controlar el reflejo eyaculatorio. Para ello se intenta romper el aprendizaje que se ha establecido de que este reflejo sigue de manera automática a ciertas estimulaciones.

Siguiendo a Labrador y Roa (1998), en la *técnica de compresión*, utilizando la posición de hombre tumbado sobre su espalda con la pelvis entre las piernas de la mujer, ésta ha de estimular el pene hasta conseguir una erección completa, continuando la estimulación hasta que el hombre informe de la aparición de la más leve sensación premonitoria de la eyaculación. En ese momento, la mujer ha de comprimir la zona justo debajo del glande del pene ejerciendo presión con los dedos durante tres o cuatro segundos con el pulgar colocado sobre el inicio del frenillo (cara inferior o ventral del pene), y los dedos índice y medio a uno y otro lado del surco que separa el glande del fuste del pene (el surco balanoprepucial). Esta presión produce en el hombre una pérdida inmediata de la urgencia eyaculatoria, así como una disminución de la erección. Tras un descanso de unos 15 a 30 segundos, se reanuda la estimulación manual del pene, que nuevamente irá seguida de la aplicación de la técnica de compresión cuando reaparezca la sensación eyaculatoria. Con esta alternancia se consigue que aumente el período entre erección y eyaculación hasta 15-20 minutos, lográndose el control del reflejo eyaculatorio fuera del coito.

Para conseguir ese control en el coito, se procede, escalonadamente, a una introducción sin movimiento (con la mujer encima), luego a la introducción con movimientos pélvicos de la mujer y finalmente con movimientos de ambos. Si en cualquier momento el hombre experimenta un estado de excitación que amenace con desencadenar la eyaculación antes de lo deseado, la mujer retirará el pene de la vagina y volverá a aplicar la técnica de compresión. De este modo se irá consiguiendo gradualmente el control de la eyaculación en el coito.

Alternativamente, se puede utilizar para interrumpir la sensación eyaculatoria la *técnica de compresión basilar* (también llamada apretón basilar), consistente en comprimir fuertemente la base del pene pinzando para ello la parte anterior y posterior (no las laterales) de la base del pene durante unos cuatro o cinco segundos. El efecto es similar al de la técnica de compresión, si bien en este caso puede ser llevado a cabo por la mujer o por el hombre, con la ventaja adicional de que no es necesario retirar el pene de la vagina. De hecho, Masters, Johnson y Kolodny (1985/1987) aconsejan esta técnica como complemento de la anterior, pudiendo utilizarse en momentos más avanzados del tratamiento, cuando el hombre posee un cierto control sobre su eyaculación y se están practicando ya relaciones intravaginales.

TABLA 28.2

Pautas para la aplicación de la compresión y la compresión basilar

Durante la *focalización sexual,* cuando es la mujer quien asume el papel activo o de estimulación, se adopta la siguiente secuencia:

1. El varón tumbado de espalda con la pelvis entre las piernas de la mujer y centrando la atención en sus sensaciones genitales. Mientras, la mujer estimula el pene manualmente.
2. En el momento en que aparece la sensación eyaculatoria, el varón se lo indica a la mujer y ésta interrumpe la estimulación aplicando una de las siguientes técnicas:

   — La **técnica de compresión:** ejercer presión con los dedos justo debajo del glande durante tres o cuatro segundos (con el pulgar colocado sobre el inicio del frenillo, en la cara inferior del pene, y los dedos índice y medio a ambos lados del surco balanoprepucial).
   — La **técnica de compresión o apretón basilar:** comprimir fuertemente la base del pene (pinzando la parte anterior y posterior) durante cuatro o cinco segundos.

3. La mujer libera la presión del pene y deja un período de descanso de 15-30 segundos.
4. Se reanuda la estimulación manual del pene y se repite toda la secuencia cuatro veces.
5. Tras la realización de la tarea completan un autorregistro individual o conjunto.
6. El ejercicio completo se repite al menos tres veces por semana.

Una vez se ha conseguido el control del reflejo eyaculatorio fuera del coito, se trabaja en la consecución de éste *durante el coito*, de acuerdo con la siguiente secuencia:

7. Penetración sin movimientos, utilizando la posición de la mujer encima. Si aparece la sensación eyaculatoria antes de lo deseado, se retira el pene de la vagina y se aplica la técnica de compresión (la mujer) o la de compresión basilar (la mujer o el varón).
8. Penetración con movimientos pélvicos de la mujer. Si aparece la sensación eyaculatoria antes de lo deseado, se retira el pene de la vagina y se aplica la técnica de compresión (la mujer) o la de compresión basilar (la mujer o el varón).
9. Penetración con movimientos de ambos. Si aparece la sensación eyaculatoria antes de lo deseado, se retira el pene de la vagina y se aplica la técnica de compresión (la mujer) o la de compresión basilar (la mujer o el varón).

3. TÉCNICA DE PARADA Y ARRANQUE

Se trata de una técnica alternativa a las anteriores para el control del reflejo eyaculatorio que también se aplica en casos de eyaculación precoz. Esta técnica, propuesta por Semans en 1956, implica que la mujer acaricie manualmente el pene del varón hasta conseguir una erección completa. En ese momento descansa durante un tiempo (máximo dos minutos) para evitar que llegue inmediatamente la eyaculación. La operación se repite en varias ocasiones (al menos tres en cada sesión), de modo que se produce excitación y erección sin eyaculación. A partir de la cuarta vez, se puede continuar con la estimulación del pene hasta que el hombre alcance el orgasmo. En algunos casos puede ser conveniente que sea el hombre quien comience aplicándose la técnica, para pasar luego a la aplicación por parte de la mujer.

Al igual que en las técnicas anteriores, una vez conseguido el control extravaginal de la eyaculación, se pasa al entrenamiento del control intravaginal, utilizando en los primeros momentos la posición de hombre debajo y mujer arriba. Al igual que en el caso anterior, se comienza con la introducción del pene en la vagina sin movimientos, para ir luego incorporándolos.

El mecanismo de acción de estos tres últimos procedimientos dista de estar claro. Se ha aludido a

TABLA 28.3

Pautas para la aplicación de la técnica de parada y arranque

Durante la *focalización sexual,* cuando es la mujer quien asume el papel activo o de estimulación, se adopta la siguiente secuencia:
1. El varón tumbado de espalda con la pelvis entre las piernas de la mujer y centrando la atención en sus sensaciones genitales. Mientras, la mujer estimula el pene manualmente.
2. En el momento en que se alcanza una erección completa, la mujer cesa la estimulación durante unos dos minutos.
3. Se repite la secuencia unas tres veces.
4. La mujer aplica la estimulación manual del pene, sin interrupción, hasta la eyaculación.
5. Tras la realización de la tarea, completan un autorregistro individual o conjunto.
En ocasiones puede ser preciso comenzar con autoaplicación de la técnica por parte del varón, para pasar posteriormente a la aplicación por parte de la mujer.
Una vez se ha conseguido el control del reflejo eyaculatorio fuera del coito, se trabaja en la consecución de éste *durante el coito,* de acuerdo con la siguiente secuencia:
6. Penetración sin movimientos, utilizando la posición de la mujer encima.
7. Penetración con movimientos pélvicos de la mujer.
8. Penetración con movimientos de ambos.

que pueden implicar procesos de contracondicionamiento, de habituación o de incremento de los umbrales sensoriales, o simplemente un incremento de la latencia de la eyaculación al aumentar la frecuencia de estimulación sexual, o bien a los efectos que puedan tener para disminuir la ansiedad de realización en situaciones sexuales.

La aplicación de los procedimientos implica formatos diversos (O'Donohue et al., 1999), siendo habitual la inclusión de formatos autoaplicados.

Los resultados han sido en general muy positivos, tanto en el tiempo de demora de la eyaculación como en el nivel de satisfacción sexual. No obstante, las ganancias obtenidas pueden disminuir de forma importante con el tiempo, llegando a disminuciones de un 25 por 100 en un plazo de tres años (Segraves y Althof, 1998).

4. TÉCNICA DE AUTOESTIMULACIÓN

Este procedimiento, que se utiliza en el tratamiento de la disfunción orgásmica femenina, tiene como objetivo entrenar a la mujer a conseguir el orgasmo en solitario para que posteriormente lo generalice en presencia del compañero sexual. Se parte del supuesto de que esta forma de proceder facilita que la mujer no se sienta «obligada» a satisfacer a su pareja, permite una mayor tranquilidad para iniciar el entrenamiento y puede ayudar a reducir la ansiedad asociada, bien a personas del sexo opuesto, bien a la propia interacción sexual. Se trata de identificar excitación sexual y obtener el orgasmo en una situación menos demandante para la mujer, en la que puede sentirse más libre. Una vez conseguido esto, se asume que será más fácil generalizar lo aprendido a situaciones de pareja (Graber y Graber, 1975). Este modo de proceder permite a la mujer un aprendizaje sobre el propio cuerpo, sobre las zonas más sensibles y las formas de caricia que resultan más placenteras, pudiendo luego compartir esa información con la pareja sexual.

Antes de proceder a la aplicación de la técnica, conviene hacer una serie de comprobaciones previas. En primer lugar, hay que constatar que no existen sentimientos negativos ni ansiedad asociada a la rela-

ción sexual, o miedo a la pérdida del autocontrol durante el orgasmo, ya que en caso de haberlos habrá que modificar primero estos aspectos. Asimismo, conviene evaluar la presencia de actitudes negativas, prejuicios o ansiedad ante la masturbación en la mujer, ya que si la masturbación es vivida por la mujer como una situación conflictiva o de rechazo, es difícil avanzar en el procedimiento. En estos casos, y antes de comenzar el entrenamiento, es preciso abordar esos aspectos mediante diversas estrategias encaminadas a proporcionar información sobre la masturbación, corregir creencias erróneas sobre ella, eliminar sentimientos de culpa e informar sobre el razonamiento que subyace a la aplicación de esta técnica y su funcionalidad dentro del tratamiento, analizando los pros y contras de su utilización. En algunos casos esta intervención ha de hacerse extensiva a la pareja, la cual puede mostrar reticencias o incluso un abierto rechazo a que la mujer utilice este procedimiento.

En general, los distintos entrenamientos propuestos (por ejemplo, Carrasco, 2001; Graber y Graber, 1975; LoPiccolo y Lobitz, 1978) diferencian dos fases. La primera, encaminada a conseguir el orgasmo en solitario, implica una serie de ejercicios que la mujer lleva a cabo de manera individual. La segunda, que tiene como objetivo generalizar el orgasmo a las relaciones con la pareja, se realiza ya con la pareja, inicialmente fuera del coito y, al final, en el coito. Así, por ejemplo, el programa de LoPiccolo y Lobitz (1978) consta de nueve pasos que se detallan a continuación:

1. Entrenamiento en reconocimiento del propio cuerpo, en especial de las partes relacionadas con la respuesta sexual, con objeto de ganar conciencia de él. Se trata de realizar un examen visual del cuerpo, para el que puede servir de ayuda un espejo de mano que permite la exploración de los genitales. Este ejercicio ha de hacerse en un ambiente tranquilo, sin prisas, con relajación; los autores proponen realizarlo después de un baño relajante.

   Como complemento de esta fase, pueden utilizarse los ejercicios de Kegel (1952). Estos ejercicios, originalmente diseñados para el control de la incontinencia urinaria, se basan en la contracción-distensión del músculo púbico-coxígeo, con lo que se consigue un incremento del tono y la vascularidad de la musculatura pélvica, lo que parece relacionarse con un incremento del potencial orgásmico. La mujer ha de realizar estos ejercicios de tensión-distensión diez veces, repitiéndolos tres veces cada día.
2. La exploración visual se complementa ahora con la autoexploración manual de la zona genital, con objeto de desensibilizarse a la vista y al tacto y de familiarizarse con la idea de la autoestimulación.
3. Se prosigue la autoexploración visual y táctil de los genitales, intentando ahora localizar las áreas más sensibles, las que generan sensaciones más placenteras. En esta fase la exploración suele centrarse en el clítoris y en el introito vaginal, aunque conviene que se haga una exploración de toda la zona genital.
4. Una vez localizadas las áreas que producen placer, la mujer ha de concentrarse en su estimulación manual. Habitualmente la estimulación se focaliza en el clítoris. Se alienta a la mujer a que utilice distintos tipos de movimientos, presión..., e incluso puede recurrirse a la utilización de gel lubricante para incrementar el placer y evitar irritaciones.
5. Si no se alcanza el orgasmo en la fase 4, se insta a la mujer a que incremente la intensidad y duración de la masturbación. Asimismo se puede potenciar el efecto recurriendo a lecturas o fantasías eróticas (estimulación cognitiva).
6. Si no se alcanza el orgasmo en el paso anterior, se puede potenciar la respuesta física mediante la utilización de vibradores, en cuya aplicación se debe entrenar previamente a la mujer. No obstante, antes de introducir este tipo de instrumentos en el tratamiento, conviene valorar la actitud de la mujer hacia ellos, ya que en nuestro contexto es frecuente la aparición de respuestas de rechazo a su utilización, en cuyo caso se puede prescindir de ellos.

7. En este paso comienzan los ejercicios con la pareja, en los que se empieza pidiendo a la mujer que se masturbe en presencia de su pareja con objeto de desensibilizar los miedos que ella pueda tener a mostrarse activada o a tener un orgasmo ante su pareja. A su vez, esta práctica puede servir de ejemplo para el hombre, que puede obtener información sobre el tipo de estimulación que genera más placer a la mujer.
8. Estimulación manual genital realizada por el hombre siguiendo las pautas observadas en el paso anterior y la guía que va proporcionando la mujer. En algunos casos, y siempre en función de la disposición de la pareja, se pueden utilizar también aquí vibradores.
9. Una vez se ha obtenido el orgasmo en el paso 8, se intenta obtener el orgasmo durante el coito. Para ello, inicialmente, se utiliza la técnica del «apuntalamiento», consistente en la estimulación manual del clítoris durante el coito, acompañada de intensos movimientos de empuje. En los primeros momentos, conviene utilizar posturas laterales (que favorecen la estimulación del clítoris), para pasar luego a la postura de mujer sobre hombre, y, finalmente, a la de hombre encima.

Esta técnica se ha mostrado eficaz en el tratamiento del trastorno orgásmico primario (Labrador y Crespo, 2003). Alrededor de un 90 por 100 de las mujeres tratadas con estos programas consiguen alcanzar el orgasmo. Sin embargo, los porcentajes de éxito disminuyen cuando se valora la capacidad para alcanzar el orgasmo a través de la estimula-

TABLA 28.4

Pautas para la aplicación de la técnica de autoestimulación

Tareas individuales (llevadas a cabo por la mujer sola)
1. Ejercicios de Kegel: tensión-distensión del músculo púbico-coxígeo. Diez repeticiones de la secuencia, tres veces al día. 2. Autoexploración del propio cuerpo, de acuerdo con la siguiente secuencia: *a*) Exploración visual del propio cuerpo, con especial atención a la zona genital y con ayuda de un espejo. *b*) Exploración manual y visual, conjuntamente, de la zona genital. *c*) Exploración manual y visual de la zona genital intentando localizar las áreas más sensibles (con especial atención al clítoris y el introito vaginal). 3. Autoestimulación, de acuerdo con las siguientes pautas: *a*) Estimulación manual de las áreas más sensibles de la zona genital (habitualmente el clítoris), utilizando distintos tipos de movimientos, presiones..., hasta llegar al orgasmo. *b*) Estimulación manual potenciada con estimulación cognitiva (lecturas o fantasías eróticas). *c*) Eventualmente, puede recurrirse a la aplicación de vibradores.
Tareas conjuntas (llevadas a cabo por la mujer con la pareja)
4. Autoestimulación de la mujer en presencia de la pareja. 5. Estimulación manual genital realizada por el hombre siguiendo las indicaciones de la mujer. 6. Realización del coito utilizando, si es preciso, la técnica de apuntalamiento: estimulación manual del clítoris e intensos movimientos de empuje, de acuerdo con la siguiente secuencia: *a*) Posturas laterales. *b*) Postura mujer sobre el hombre. *c*) Postura hombre sobre la mujer.

ción manual u oral por parte de la pareja o inducido durante el coito sin estimulación manual, por lo que en algunos casos puede ser útil recurrir a la técnica de apuntalamiento durante el coito. No obstante, los estudios de seguimiento indican que, al contrario de lo que sucede en la mayor parte de los trastornos, la capacidad de la mujer para alcanzar el orgasmo en el coito se incrementa con el tiempo. El pronóstico es peor en los casos de anorgasmia secundaria, en los que parecen más adecuados programas de amplio espectro que aborden aspectos habitualmente implicados tales como problemas emocionales, dificultades de comunicación, ansiedad inhibitoria...

5. RECONDICIONAMIENTO DEL ORGASMO

Esta técnica, que se aplica en el tratamiento de diversas parafilias y en algunos casos de disfunciones sexuales, tiene como objetivo reducir o eliminar la activación sexual ante determinados estímulos, al mismo tiempo que se incrementa la activación ante otros estímulos, considerados adecuados. La técnica se aplica más frecuentemente en varones, a los que se instruye para que eviten la autoestimulación con fantasías desviadas y que la realicen repetidamente con fantasías adecuadas.

El procedimiento incluye diversos ejercicios, que han de comenzar con la identificación de las fantasías eróticas del paciente, para lo que pueden servir de referencia los autoinformes y sus sueños eróticos. Estas fantasías de dividen en dos grupos o apartados: las que se consideran desviadas y las adecuadas, si bien tal consideración puede resultar arbitraria y difícil (Cáceres, 1998).

Una vez identificadas las fantasías, se dan al paciente instrucciones para que cada vez que se autoestimule lo haga ante fantasías o imágenes adecuadas, continuando la autoestimulación hasta llegar al orgasmo. Inmediatamente después se le pide que centre su atención en las fantasías parafílicas, y que las repita de manera reiterada. El objetivo es que esas fantasías parafílicas vayan perdiendo capacidad erótica, al repetirse en un momento en el que la persona tiene una baja excitabilidad sexual (esto es, justo después del orgasmo).

Asimismo, se puede instar al paciente a que se autoesimule con fantasías desviadas hasta el momento en que aparece de manera inevitable la sensación eyaculatoria. En ese momento el paciente ha de cambiar de manera inmediata el contenido de sus fantasías, pasando a estímulos adecuados, de modo que el orgasmo se produzca ante éstos, potenciando así la asociación entre los estímulos eróticos adecuados y el orgasmo. En ensayos posteriores, se instruye al paciente para que realice el cambio de fantasías cada vez más pronto, hasta que finalmente toda la autoestimulación se produzca ante estímulos adecuados (Maletzky, 1985).

La aplicación de esta técnica se basa en la consideración de que nuestras preferencias sexuales, esto es, la excitación ante determinados estímulos, se ad-

TABLA 28.5

Pautas para la aplicación del recondicionamiento del orgasmo

1.	Identificación y categorización de las fantasías eróticas del paciente (desviadas o parafílicas vs. no desviadas).
2.	*a*) Autoestimulación con fantasías inadecuadas (parafílicas, desviadas...) hasta que aparece la inminencia eyaculatoria. *b*) Autoestimulación con fantasías parafílicas hasta que aparece la inminencia eyaculatoria.
3.	En sucesivos ensayos, el cambio de fantasías se va adelantando progresivamente, hasta que toda la autoestimulación se da ante fantasías adecuadas.

quieren a través de procesos de condicionamiento, en los que se asocian repetidamente determinados estímulos o fantasías (EC), y el placer sexual y el orgasmo provocado por la autoestimulación (EI). Lo que pretende este procedimiento, como su propio nombre indica, es crear un nuevo condicionamiento en el que el orgasmo y el placer sexual derivados de la autoestimulación se asocien a estímulos diferentes (creando así nuevos ECs que vengan a reemplazar a los anteriores). De este modo se pretende aumentar la activación sexual adecuada, al mismo tiempo que se disminuye la activación sexual ante estímulos desviados.

6. CONDICIONAMIENTO CON MÉTODO DE ALARMA (PIPÍ-STOP)

Este método, que es el más utilizado en el tratamiento de la enuresis nocturna, cuenta con una larga tradición, ya que fue originalmente desarrollado por Mowrer y Mowrer en 1938. Su objetivo es que el niño aprenda a responder al estímulo de plenitud de la vejiga, despertándose e inhibiendo la orina, mediante la contracción del esfínter, antes de que se dispare el reflejo de micción. Para conseguirlo, se utiliza un aparato con un sensor de humedad que al mojarse activa una alarma eléctrica que provoca un ruido. El entrenamiento completo para la aplicación del procedimiento incluye las siguientes fases (Bragado, 1999):

1. Explicar al niño y a los padres, de manera detallada y comprensible, el funcionamiento del aparato y los objetivos del entrenamiento, incluyendo una demostración práctica de cómo funciona la alarma.
2. Se dan instrucciones para no restringir la ingesta de líquidos durante la tarde-noche, e incluso se anima al niño a que los ingiera antes de irse a dormir.
3. Se instruye a los padres para que cuando suene la alarma se levanten y supervisen la actuación del niño, el cual ha de levantarse rápidamente, apagar la alarma e ir al baño para terminar de orinar. En los primeros días es probable que el niño no oiga la alarma, por lo que los padres habrán de despertarlo para que se dé cuenta de que la alarma está sonando y de que se está haciendo pis. A partir de ese momento, ha de ser el niño quien continúe toda la secuencia.
4. Se solicita la colaboración del niño en las tareas de recomponer la cama y volver a conectar el aparato de alarma.
5. Reforzar al niño por los avances y logros conseguidos, utilizando reforzadores sociales, aunque Mowrer y Mowrer no recomendaban privilegios por no mojar la cama.

Una vez iniciada, la aplicación de la técnica ha de continuar sin interrupción hasta conseguir un mínimo de 14 noches secas consecutivas. En esos momentos, y con objeto de prevenir recaídas, es aconsejable aplicar uno de los siguientes procedimientos adicionales:

— *Sobreaprendizaje:* esto es, proporcionar ensayos adicionales de condicionamiento, incrementando para ello la ingestión de líquidos antes de dormir una vez se hayan producido las 14 noches secas.
— *Retirada escalonada del aparato de alarma:* supone que tras las 14 noches secas, el aparato se colocará una noche sí y otra no durante una semana; a la semana siguiente, se pasa a una noche sí y dos noches no, y así sucesivamente hasta llegar a una noche por semana y a la retirada total de aparato.

Los mejores resultados en cuanto a prevención de recaídas se refiere se obtienen con el sobreaprendizaje, si bien puede ser conveniente combinarlo con la retirada escalonada.

Desde sus inicios, el funcionamiento del aparato de alarma para el tratamiento de la enuresis se explicó mediante condicionamiento clásico (Mowrer y Mowrer, 1938), si bien los modelos iniciales se han ido desarrollando y perfeccionando posteriormente (por ejemplo, Jones, 1959), estableciendo la siguiente secuencia del proceso de condicionamiento: los estímulos generados por el llenado y la distensión de

la vejiga constituyen un estímulo incondicionado (EI_1) que suscita como respuesta incondicionada (RI_1) el reflejo de micción; al mismo tiempo, la aparición de la orina activa la alarma (EI_2), que provoca dos RI independientes, en la mayoría de los casos simultáneas: el despertar y la contracción del esfínter, que conlleva la inhibición de la orina. La asociación continuada entre el EI_1 y el EI_2 lleva a un condicionamiento entre el EI_1 y las dos RI asociadas inicialmente al timbre (esto es, el despertar y la micción). De este modo, la distensión de la vejiga adquiere el valor funcional de EC, que provoca las dos respuestas señaladas (despertar y micción), las cuales adquieren así el valor funcional de respuestas

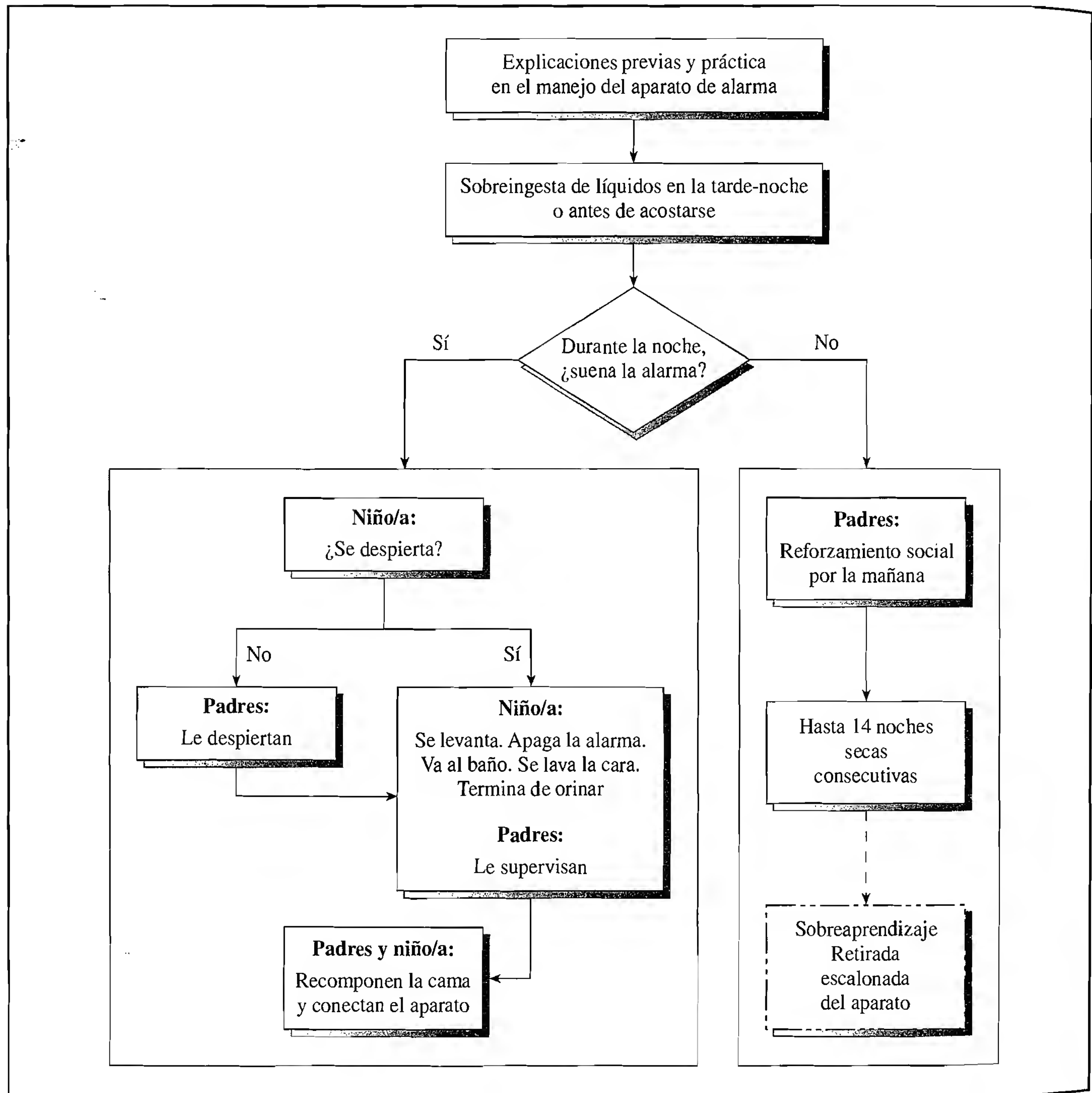


Figura 28.1.—Pautas para la aplicación del condicionamiento con método de alarma (pipí-stop).

condicionadas (RC_1 y RC_2, respectivamente). Estas dos respuestas son independientes, como pone de manifiesto el hecho de que en algunos casos se produzca la contracción del esfínter, con la consiguiente inhibición de la orina, sin que el niño se despierte. El aspecto clave del modelo es la explicación de cómo se consigue que las RC se adelanten en el tiempo a la RI_1 (micción), para lo que Mowrer y Mowrer indican que es preciso que las RCs estén firmemente establecidas, mientras que Jones recurre al principio de generalización de estímulos: durante el proceso de condicionamiento, las RCs van apareciendo cada vez con niveles menores de tensión en la vejiga.

Asimismo, se ha indicado que la utilización del aparato de alarma produce diversos cambios fisiológicos (mejorías en el nivel de alerta, inhibición del reflejo de vaciado, mejoría del tono muscular de la vejiga...), los cuales, no obstante, no se han confirmado mediante registros psicofisiológicos (Bragado, 1999).

En una revisión de los estudios que aplican este tratamiento a niños con enuresis nocturna, Bragado (2003) señala que un 71 por 100 de los niños tratados consiguen las 14 noches secas consecutivas en un tiempo medio de ocho semanas. Sin embargo, en torno al 32 por 100 recaen en un período de seis meses desde la finalización del tratamiento, aunque suelen responder bien a un reentrenamiento. Habitualmente los fallos se relacionan con factores motivacionales o familiares, especialmente con una baja cooperación de los padres.

7. ENTRENAMIENTO EN RETENCIÓN VOLUNTARIA

Tiene como objetivo enseñar al niño con enuresis a retener la orina, con objeto de incrementar la capacidad funcional de la vejiga, partiendo de la hipótesis de que la enuresis es consecuencia, precisamente, de una capacidad funcional de la vejiga disminuida. Para conseguirlo, Kimmel y Kimmel (1970) sistematizaron un procedimiento que se basa en posponer o retener la micción, por intervalos progresivamente más largos, justo en el momento en que aparece el reflejo de micción y la necesidad de orinar. Asimismo se incluyen sobreingesta de líquidos y reforzamiento de la respuesta de retención y ejercicios de fortalecimiento de los esfínteres.

La secuencia completa de aplicación del entrenamiento, que se aplica al menos una vez al día, sería la siguiente (Bragado, 1999):

1. Se les explican a los padres y al niño las pautas de actuación durante el entrenamiento.
2. Se instruye al niño para que haga pis (aun sin ganas), vaciando así la vejiga. A continuación se le anima a beber aproximadamente dos vasos de su bebida favorita (sobreingesta de líquidos).
3. El niño ha de informar a los padres en el momento en que sienta deseos de orinar. En ese momento se le anima a retener la micción durante unos cinco minutos (menos si el niño no puede aguantar más), estableciéndose la línea base del intervalo de retención.
4. En ensayos sucesivos se va incrementando progresivamente (dos o tres minutos cada vez) el tiempo de retención, hasta alcanzar un período de 30-40 minutos.
5. Antes de que el niño orine, los padres deben reforzar al niño, alabando su capacidad para retener la orina, así como los incrementos de la duración del período de retención o su mantenimiento (en las fases finales del entrenamiento). El reforzamiento es básicamente social, aunque puede complementarse con otro tipo de reforzadores.
6. Aunque no está incluido en el procedimiento básico, éste puede complementarse con ejercicios de interrupción del flujo que el niño ha de realizar cada vez que orine. Se trata de que el niño repita la secuencia orinar-parar varias veces hasta completar la micción, cada vez que orine. Se pretende con ello mejorar el control voluntario del esfínter y fortalecer la musculatura responsable de la inhibición de la orina.

También en este caso el tratamiento se mantiene hasta conseguir 14 noches secas consecutivas. El tiempo medio de tratamiento es de unas ocho semanas.

El funcionamiento de este entrenamiento se explica dentro del paradigma del condicionamiento operante; más en concreto, se trataría de un aprendizaje por moldeado: el reforzamiento positivo contingente con la retención de orina producirá un incremento de esta respuesta inhibitoria, la cual se va prolongando progresivamente. Esta explicación, propuesta ya por Kimmel y Kimmel (1970), se basa, por tanto, únicamente en aspectos de aprendizaje, sin establecer relación alguna entre el aprendizaje y la capacidad funcional de la vejiga. De hecho no existe una evidencia inequívoca sobre el incremento de la capacidad funcional de la vejiga con este procedimiento, ni tampoco de la relación entre esta variable y la enuresis nocturna.

La eficacia de este procedimiento es muy limitada. Según indica Bragado (1999), sólo alrededor de un 19 por 100 de los niños tratados consigue las 14 noches secas, con altos porcentajes de recaídas. No parece, pues, una técnica adecuada para el tratamiento de la enuresis nocturna, si bien, como señala esta misma autora, puede ser beneficiosa su aplicación en conjunción con el método de alarma en los siguientes casos: cuando hay una frecuencia de micción diurna o nocturna excesiva; cuando hay urgencia de micción (el niño no se entera de que tiene ganas de orinar hasta que no puede aguantar más); cuando presenta enuresis diurna, y cuando hay dificultades para iniciar y cortar el flujo de orina durante la micción.

8. ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA

Es un programa multicomponente para el tratamiento de la enuresis nocturna, concebido inicialmente por Azrin, Sneed y Fox (1973). Cada uno de los componentes tiene su propio objetivo y, en su conjunto, pretende instaurar las distintas conductas implicadas en la continencia nocturna (retener la orina, despertar, ir al baño...), aplicando para ello, y de manera contingente, las consecuencias pertinentes. Los componentes del programa son los siguientes (Bragado, 1999):

— Aparato de alarma: que, como se ha visto anteriormente, sirve para detectar la micción en el momento mismo en que ocurre, poniendo entonces en marcha la cadena de consecuencias negativas que siguen a la conducta inadecuada.
— Despertar escalonado o programado: se trata de despertar al niño de forma programada para que aprenda a despertarse ante estímulos progresivamente más leves, con lo que se pretende que mejore su capacidad para despertarse ante la necesidad de orinar.
— Ingesta extra de líquidos: para incrementar la necesidad de orinar y propiciar la práctica intensiva de los distintos elementos del entrenamiento. Sólo se utiliza en la primera noche de entrenamiento.

TABLA 28.6

Pautas para la aplicación del entrenamiento en retención voluntaria

1. Explicaciones previas a los padres y el niño.

Al menos una vez al día, llevar a cabo la siguiente secuencia:

2. Instruir al niño para vaciar la vejiga y sobreingerir líquidos (dos vasos de su bebida favorita).
3. El niño avisa a los padres cuando tiene deseos de orinar. Se le anima entonces a retener la orina (unos cinco minutos) y se establece la línea base de retención.
4. Los padres refuerzan al niño por retener la orina y por incrementar el tiempo de retención, antes de que orine.
5. Opcionalmente, pueden realizarse ejercicios de interrupción del flujo cuando el niño orine.

— En ensayos sucesivos el tiempo de retención se va incrementando progresivamente (dos o tres minutos cada vez), hasta llegar a un tiempo de retención de 30-40 minutos.
— El procedimiento continúa hasta alcanzar 14 noches secas consecutivas.

— Entrenamiento en retención: se utiliza con objetivos similares a los del entrenamiento en retención voluntaria (véase el apartado anterior), aunque, a diferencia de éste, aquí el entrenamiento se realiza durante una noche completa, en concreto en la primera noche de entrenamiento, aprovechando para ello la ingesta de líquidos y el momento en que se despierta al niño (despertar programado).
— Consecuencias aversivas: que se aplican cuando el niño moja la cama. En concreto, se utilizan tres tipos de consecuencias:

• Reprimenda verbal.
• Entrenamiento en limpieza: se trata de corregir las consecuencias de mojar la cama, para lo que el niño debe cambiar las sábanas y su pijama, limpiar lo que se haya mojado y hacer la cama con sábanas limpias. Se pretende con ello que el niño tome conciencia de los inconvenientes que acarrea el hecho de mojar la cama.
• Práctica positiva: una vez finaliza el entrenamiento en limpieza, se aplica esta técnica para entrenar al niño en el hábito de despertarse e ir al baño a orinar, en un intento de fortalecer la conducta apropiada, de crear el hábito. La secuencia de aplicación es la siguiente: el niño se acuesta con la luz apagada, cuenta despacio y en voz baja hasta 50, se levanta y se dirige al baño, se sienta en la taza para orinar (aunque es probable que no lo haga), vuelve a la cama y reinicia la secuencia, repitiéndola 20 veces. Durante la ejecución de ésta, los padres supervisan y cuentan el número de ensayos.

— Consecuencias positivas: que se aplican, en cambio, cuando el niño no moja la cama o se levanta a orinar. Se trata de reforzar positivamente esta conducta, para lo que se utilizan reforzadores sociales que pueden complementarse con reforzadores materiales.

El **procedimiento de aplicación** consta de tres fases (Bragado, 1999):

1. *Primera noche:* entrenamiento intensivo: esta fase requiere de un gran esfuerzo de todas las personas implicadas, por lo que puede ser aconsejable que se realice en fin de semana o períodos de vacaciones. En el procedimiento original de Azrin y colaboradores, la aplicación de esta fase corre a cargo del terapeuta, aunque lo más habitual en la clínica es que la apliquen directamente los padres, previamente entrenados e instruidos por el terapeuta. En esta noche se pueden distinguir los siguientes momentos o etapas secuenciales:

— Una hora antes de irse a la cama se recuerda al niño las etapas del entrenamiento, haciendo hincapié en las ventajas de no mojar la cama. Se coloca el aparato de alarma, recordando su funcionamiento. El niño realiza 20 ensayos de práctica positiva a modo de ensayo y finalmente bebe uno o dos vasos de su bebida favorita antes de acostarse.
— Una vez el niño está dormido, se le despierta cada hora, empleando para ello la estimulación más leve posible (despertar programado). Una vez despierto, el niño debe ir al baño (si es necesario, los padres le conducen hasta allí). En la puerta del baño, los padres se detienen y le preguntan si es capaz de aguantar una hora más: si contesta que sí, se le alaba y se le permite regresar a la cama; si contesta que no, se le intenta convencer para que aguante unos minutos más, se le refuerza por el tiempo de retención y se le acompaña a orinar, volviendo a reforzarle por haber orinado en el baño. Finalmente, se le recuerdan las instrucciones de lo que sucederá una hora después, se comprueba la cama y el aparato de alarma, bebe otro vaso de agua y se acuesta. Al cabo de una hora se repite toda la secuencia, y así durante toda la noche.
— Si, a pesar de todo lo anterior, el niño moja la cama, sonará la alarma. En ese

momento los padres la desconectan, despiertan al niño (en caso de que aún esté dormido) y le regañan por hacerse pis en la cama. El niño debe ir rápidamente al baño para terminar de orinar, y a continuación ha de aplicar el entrenamiento en limpieza, seguido de los 20 ensayos de práctica positiva.

2. *Segunda noche y noches sucesivas:* supervisión postentrenamiento: esta fase se inicia en la segunda noche y se mantiene hasta que se consiguen siete noches consecutivas sin mojar la cama. El procedimiento a seguir en este período es el siguiente:

   — Antes de acostarse se coloca la alarma. Si durante la noche anterior mojó la cama, el niño ha de realizar 20 ensayos de práctica positiva. Se le pide nuevamente que repita las instrucciones y que recuerde lo que ha de hacer, al mismo tiempo que se le motiva y se le dan ánimos.
   — Una vez dormido, se aplica el despertar programado del siguiente modo: la primera noche se le despierta tres horas después de acostarse; en noches sucesivas se adelanta cada noche media hora el despertar (por ejemplo, en la tercera noche se le despierta a las dos horas y media de acostarse, la cuarta a las dos horas..., y así sucesivamente). Este avance se produce siempre que no moje la cama. Si por la mañana se encuentra la cama mojada, se mantiene la hora de despertar de la noche anterior. El procedimiento continúa hasta que el despertar se produzca una hora después de acostarse, momento en el que se suspende el despertar escalonado.

   Cuando se despierta al niño, se realiza la inspección de la cama y se refuerza al niño en caso de que esté seco. Asimismo, se le refuerza por la mañana si se ha mantenido seco durante toda la noche.

   — Si suena la alarma, se actúa igual que en la primera noche, la de entrenamiento intensivo.

3. *Rutina habitual:* una vez superada la fase anterior, se retira el aparato de alarma y se suprime el despertar programado. A partir de este momento, si el niño moja la cama se aplica el entrenamiento en limpieza, y al día siguiente, antes de acostarse, el niño ha de realizar los 20 ensayos de práctica positiva. Si, por el contrario, no la moja, se le alaba y se aplican los correspondientes reforzadores positivos. El tratamiento se da por finalizado cuando se consiguen siete noches consecutivas secas. Si en cualquier momento el niño se hace pis dos noches o más durante una semana, se retrocede a la segunda fase.

Este entrenamiento se enmarca dentro del paradigma del condicionamiento operante. Según sus creadores, la enuresis se adquiere y mantiene por factores sociales y motivacionales, porque las contingencias que inhiben esta conducta socialmente inadecuada no alcanzan su nivel óptimo. En este sentido señalan que la mayor frecuencia de la enuresis nocturna, frente a la diurna, se relaciona precisamente con el hecho de que las consecuencias se demoran hasta la mañana siguiente, mientras que en la diurna se aplican de manera inmediata. Es más, durante la noche resulta más difícil establecer cualquier tipo de aprendizaje debido al menor nivel de conciencia y alerta del niño.

La eficacia del entrenamiento en cama seca en el tratamiento de la enuresis es elevada, situándose en torno al 92 por 100 cuando la aplica un terapeuta profesional y por encina del 86 por 100 cuando lo hacen los padres con un período medio de aplicación de siete semanas, con unos porcentajes de recaídas del 25 por 100 entre los seis y los 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento (Bragado, 1999).

La principal dificultad de este procedimiento estriba en el alto esfuerzo que requiere de todas las partes implicadas, lo que puede llevar a una falta de motivación y, en última instancia, a rechazos y abandonos del tratamiento. Por ello, se han realiza-

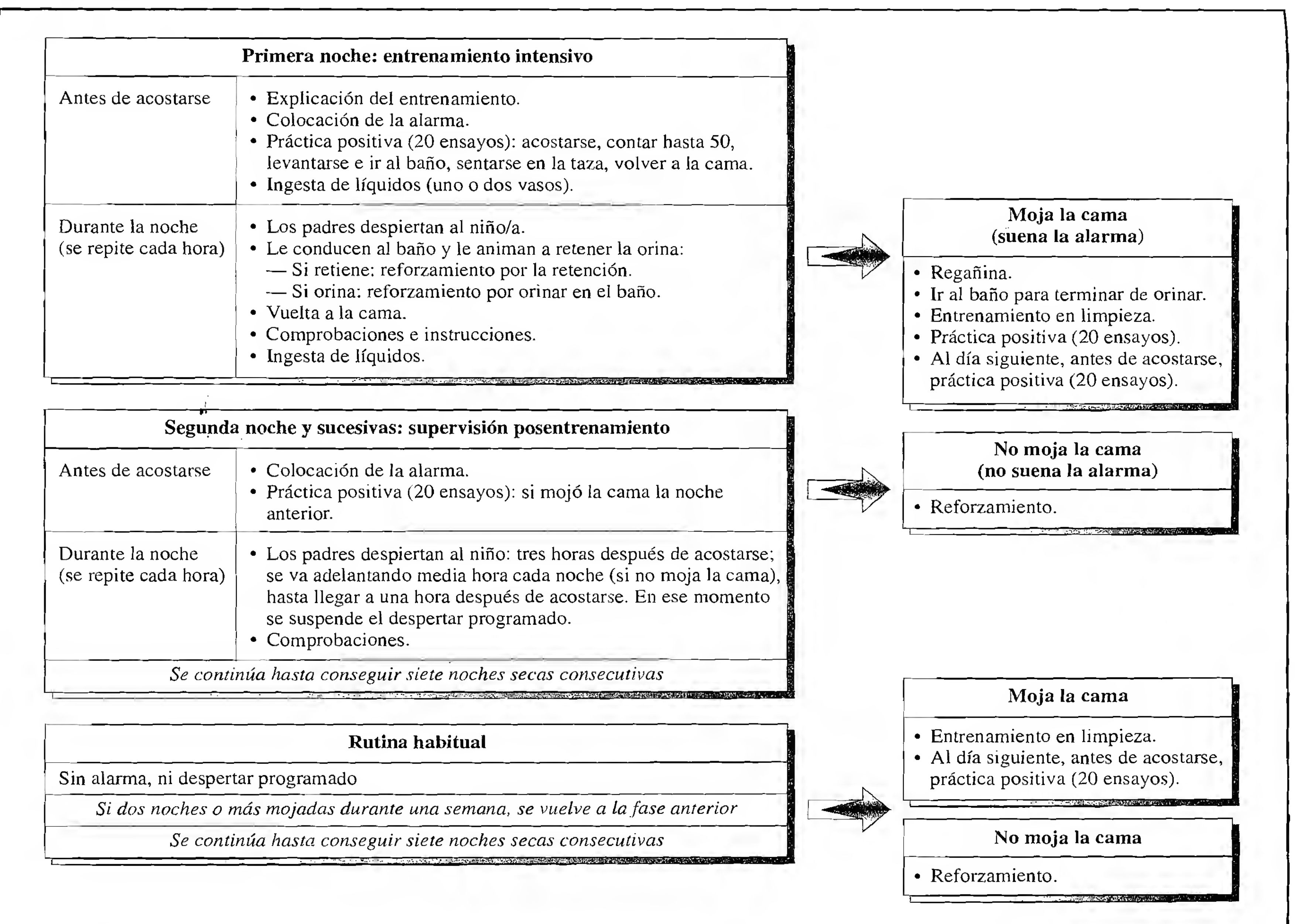


Figura 28.2.—Pautas para la aplicación del entrenamiento en cama seca.

do diversos intentos para simplificar el procedimiento, estableciendo los componentes activos y necesarios y determinando la necesidad de inclusión del despertar programado, que parece ser el elemento que causa mayores molestias a los padres (Bragado, 2003). Sin embargo, los resultados encontrados son contradictorios, por lo que la motivación y las preferencias de la familia pueden ser el factor más determinante a la hora de optar entre el entrenamiento en cama seca o el aparato de alarma con sobreaprendizaje.

9. PRUEBA DE HIPERVENTILACIÓN

Esta prueba, que se utiliza en el tratamiento de los pacientes con pánico, se centra en el papel que la hiperventilación desempeña en la activación fisiológica y, eventualmente, en los ataques de pánico.

La respiración es un fenómeno fisiológico que implica la captación de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono (CO_2), aportando la cantidad de oxígeno necesaria para el buen funcionamiento del organismo. La frecuencia habitual del ritmo respiratorio es de unos 10-14 ciclos por minuto. Sin embargo, en situaciones de estrés o ansiedad, el ritmo respiratorio tiende a acelerarse; la persona tiende entonces a sobrerrespirar, utilizando respiraciones rápidas y profundas, que constituyen lo que denominamos «hiperventilación». Este modo de respirar provoca una reducción sustancial del CO_2 en sangre, que conlleva una serie de cambios en el organismo que se acompañan de sensaciones como hormigueo, entumecimiento, mareo, palpitaciones, temblor..., entre otras. En ocasiones, además, la hiperventilación involuntaria se ve incrementada por otra voluntaria: puesto que la persona que hiperventila experimenta, paradójicamente, sensaciones de ahogo, intenta respirar más (dando bocanadas de aire, respirando más profundamente...), lo que empeora la situación. No hay que olvidar que, si bien la respiración es un fenómeno automático, también puede controlarse voluntariamente.

En las personas con pánico, estas sensaciones producidas por la hiperventilación, que son inocuas, tienden, sin embargo, a interpretarse como señal de peligro (por ejemplo, indican que se está sufriendo un ataque cardíaco), lo que conlleva además, con frecuencia, una hipervigilancia a esas sensaciones y un incremento de éstas. De hecho, es frecuente que la hiperventilación desempeñe un papel en los ataques de pánico, aunque es importante tener en cuenta que no constituye un factor ni necesario ni suficiente (Bados, 2000).

La prueba de hiperventilación se aplica en estos casos con objetivos diversos. En primer lugar, proporciona la ocasión para realizar una evaluación directa de los ataques de pánico en consulta y, más específicamente, del papel que la hiperventilación desempeña en los ataques de pánico del paciente. Por otra parte, sirve de ilustración al modelo de pánico que le estamos presentando al paciente (en concreto, el papel de la hiperventilación para provocar determinadas sensaciones físicas), al mismo tiempo que ayuda a corregir la creencia, muy extendida entre los pacientes de pánico, de que los ataques aparecen sin más, como «llovidos del cielo». Finalmente, la prueba muestra al paciente de manera empírica que puede controlar sus sensaciones físicas y que puede hacerlo simplemente con una modificación en su forma de respirar, sirviendo así de motivación e introducción al entrenamiento en respiración lenta, que suele incluirse en el tratamiento como estrategia de afrontamiento a las sensaciones. Esta prueba, por tanto, permite obtener información al mismo tiempo que constituye la introducción a la aplicación de las técnicas de intervención correspondientes.

La aplicación de la prueba implica los siguientes pasos (Bados, 2000, 2006):

— Se pide al paciente que describa con detalle las sensaciones que experimenta normalmente durante los ataques de pánico, para facilitar la percepción de similitudes entre éstas y las que aparecen durante la hiperventilación.
— Se informa al paciente de que se va a realizar una prueba de hiperventilación, y se le muestra cómo se llevará a cabo: tendrá que respirar por la boca rápidamente (a unos 30 ciclos por minuto) durante dos minutos, llenando completamente los pulmones en cada inspiración y vaciándolos del todo al espirar. Se le

indica al paciente que puede experimentar entonces sensaciones ligeramente desagradables, aunque sin indicar que los efectos pueden ser similares a los del pánico. Se le explica además que esas sensaciones pueden eliminarse fácilmente con la ayuda de una bolsa de papel, colocada alrededor de la boca y la nariz. De este modo la persona inspira el aire que acaba de espirar, compensando así los desniveles de CO_2, que son los causantes de esas sensaciones. Conviene demostrar aquí cómo debe colocarse la bolsa y cómo ésta debe inflarse y desinflarse con cada inspiración y espiración.

— Se lleva a cabo la hiperventilación propiamente dicha, durante dos minutos. El terapeuta alienta al paciente a continuar y le va dando feedback, marcándole el ritmo de respiración adecuado si es necesario.
— Transcurrido ese tiempo, se pide al paciente que cierre los ojos y que se centre en sus sensaciones corporales, adoptando, preferiblemente, la postura en la que suelen ocurrir los ataques de pánico. Se continúa así durante un minuto, mientras el terapeuta observa las reacciones del paciente. Si al finalizar este período el paciente sigue mostrando síntomas perturbadores, puede recurrir a la bolsa de papel durante un par de minutos.
— Una vez controladas las sensaciones, se pregunta al paciente por los síntomas experimentados durante la hiperventilación, para lo cual pueden ser de utilidad los listados de verificación de síntomas (e.g. Clark y Salkovskis, 1989; Crespo y Labrador, 2003). Si las sensaciones experimentadas son poco intensas a pesar de haber hiperventilado correctamente, se puede prolongar el tiempo de la prueba (tres o cuatro minutos) o hacerla permaneciendo el paciente de pie.
— Asimismo se indaga sobre el grado de similitud entre los síntomas experimentados durante la prueba y los que aparecen durante los ataques de pánico. Cuando el grado de similitud es bajo, conviene seguir indagando para determinar el papel que pueda tener la hiperventilación en los ataques de pánico del paciente. En estos casos puede suceder bien que la hiperventilación tenga una relevancia menor en la generación de los síntomas del paciente, bien que, aun teniendo relevancia en situaciones normales, la pierda en las condiciones de seguridad que supone la prueba realizada en presencia del terapeuta en consulta.

La prueba de hiperventilación forma parte de algunos de los paquetes de tratamiento que se han mostrado eficaces para el tratamiento del pánico

TABLA 28.7

Pautas para la aplicación de la prueba de hiperventilación

1. El paciente describe las sensaciones que experimenta durante los ataques de pánico.
2. Información e instrucciones para la realización de la prueba, incluyendo:
   — Indicaciones sobre la posibilidad de que aparezcan sensaciones desagradables (sin indicar que pueden ser similares a las del pánico).
   — Indicaciones sobre cómo afrontar esas sensaciones utilizando una bolsa de papel, con instrucciones sobre cómo utilizar la bolsa.
3. El paciente hiperventila (a un ritmo de unos 30 ciclos por minuto) durante dos minutos; el terapeuta le va dando feedback y en caso necesario le va marcando el ritmo.
4. Durante un minuto el paciente centra su atención en sus sensaciones corporales. Si sigue mostrando síntomas perturbadores después de este período, puede utilizar la bolsa.
5. Evaluación de las sensaciones experimentadas durante la hiperventilación y del grado de similitud de éstas con las que aparecen durante el ataque de pánico.

(Botella, 2003). En concreto, en el programa de terapia cognitiva desarrollado por el grupo de Clark y Salkovskis (1989) en la Universidad de Oxford, se incluye, entre otras técnicas de índole esencialmente cognitiva, la inducción de las sensaciones temidas por medio de la realización de pequeños experimentos conductuales, entre los que figura la prueba de hiperventilación, para ayudar a mostrar a los pacientes posibles causas de sus sensaciones (Botella y Ballester, 1997). No obstante, no hay datos sobre la eficacia de los diferentes componentes del programa ni sobre la contribución de la prueba de hiperventilación a la eficacia de éste.

10. TENSIÓN MUSCULAR APLICADA

Esta técnica se utiliza en el tratamiento de la fobia específica a la sangre, heridas o inyecciones, y se basa en el patrón de respuestas fisiológicas peculiar y característico de este tipo de fobias. En estas fobias, y frente a lo que sucede en el resto de trastornos fóbicos en los que se produce una activación simpática, se da una respuesta cardiovascular bifásica, con un incremento inicial de la presión sanguínea y la tasa cardíaca, seguido de una rápida y brusca caída en estos parámetros. Este descenso brusco lleva a una reducción del flujo sanguíneo cerebral que provoca sensaciones de desvanecimiento y mareo y, eventualmente, el desmayo.

El objetivo de la tensión muscular aplicada es, precisamente, producir un incremento en la presión sanguínea y, por ende, en el flujo cerebral, con lo que se consigue eliminar la sensación de mareo y prevenir el desmayo. Para conseguirlo, la técnica recurre a la aplicación de tensión en grupos amplios de músculos (Kozak y Montgomery, 1981).

El procedimiento descrito por Öst y Sterner (1987) combina la aplicación de la tensión en grupos musculares amplios con el aprendizaje de la identificación de los signos iniciales de la caída en la presión sanguínea, los cuales se utilizan como señal para aplicar la tensión. Para ello se recurre a la exposición de distintos estímulos relacionados con la sangre y las heridas, bajo la supervisión del terapeuta, para que el paciente adquiera gradualmente la habilidad de identificar esos signos tempranos y de aplicar la tensión. Los pasos en la aplicación de la técnica son los siguientes:

— En consulta, sentado en un sillón, el paciente ha de ir tensando los músculos de los brazos, el torso y las piernas, manteniendo la tensión durante 10-15 segundos (hasta que llega una sensación de calor a la cabeza). A continuación, ha de soltar la tensión (que no relajar) y mantener ese estado durante 20-30 segundos, al cabo de los cuales vuelve a tensar, para luego soltar la tensión de nuevo. El procedimiento se repite cinco veces.
— Como tarea para casa el paciente ha de realizar los cinco ciclos de tensión-distensión, cinco veces al día, durante una semana.
— Al cabo de una semana de práctica, se comienza a utilizar la tensión durante las prácticas de exposición, utilizando para ello la jerarquía que se haya construido para el caso y comenzando siempre por situaciones de baja ansiedad (utilizando para ello, por ejemplo, fotografías, diapositivas...). Ante estas escenas la persona ha de aplicar la tensión de manera rápida y suficientemente prolongada para evitar el mareo o el desmayo. Se pretende con ello que el paciente gane destreza en la identificación de los signos de la bajada de presión sanguínea y que tenga oportunidades para la aplicación de la tensión.

Conviene tomar precauciones para que cuando la técnica se utilice en situaciones reales no se tense la zona del cuerpo en la que se está realizando la inyección o la intervención médica.

La técnica de tensión aplicada se basa, por tanto, en el desarrollo de una habilidad de afrontamiento «a medida» para el patrón fisiológico de la fobia a la sangre, y en los principios que rigen la técnica de exposición. Sin embargo, su efecto también puede relacionarse con componentes cognitivos, y más específicamente con el aumento de la confianza de los pacientes en su propia habilidad para hacer frente y manejar las sensaciones de desmayo (Öst y Sterner, 1987).

TABLA 28.8

Pautas para la aplicación de la tensión muscular aplicada

1. Sentado en un sillón, el paciente tensa grupos musculares amplios (brazos, torso y piernas), según la siguiente secuencia: *a*) Tensión durante 10-15 segundos. *b*) Soltar la tensión y mantenimiento de ese estado durante 20-30 segundos. *c*) Repetición del ciclo tensión-distensión cinco veces.
2. Práctica para casa de los cinco ciclos tensión-distensión, cinco veces al día, durante una semana.
3. Exposición a la jerarquía de situaciones ansiógenas relacionadas con sangre, heridas o inyecciones del paciente con aplicación, de manera rápida, de tensión en grupos musculares amplios.

11. FUMAR RÁPIDO

Se trata de una técnica aversiva de saciación; la variante de los procedimientos de saciación más utilizada en casos de tabaquismo, ya sea sola o en combinación con otros procedimientos no aversivos (por ejemplo, técnicas de autocontrol, reducción gradual de nicotina...). En este caso son los propios cigarrillos los que se utilizan como estímulos aversivos.

La técnica fue sistematizada por Lichstenstein et al. (1973). Según el formato de aplicación sugerido por estos autores, el sujeto ha de inhalar el humo de su marca preferida de cigarrillos (i.e. dar caladas) cada seis segundos, hasta sentirse mal (experimentando habitualmente náuseas o mareos) o hasta cumplir un tiempo fijado de antemano. En cada sesión de tratamiento se llevan a cabo tres ensayos, de 15 minutos cada uno, con pausas de cinco minutos entre ellos. Durante los ensayos se dan instrucciones al sujeto para que centre su atención en los aspectos negativos que le va indicando el terapeuta, los cuales se comentan en los períodos de descanso, al tiempo que se sugieren asociaciones negativas del hábito de fumar.

La aplicación de la técnica se prolonga durante dos o tres semanas (con unas seis-ocho sesiones): las primeras sesiones tienen una frecuencia diaria (aproximadamente los tres primeros días), y luego se van espaciando, incrementándose progresivamente los intervalos entre sesiones.

A partir de este procedimiento básico se han desarrollado numerosas variantes (Becoña y Vázquez, 1998): fumar un solo cigarrillo por ensayo o varios; introducir modificaciones en la duración de los períodos entre ensayos (que han llegado a aumentar hasta 16 minutos) o de los períodos de fumar rápido (llegando a ser inferiores a los ocho minutos); reducir el número de ensayos por sesión; utilizar diversas marcas de cigarrillos...

La aplicación de esta técnica requiere una serie de precauciones y comprobaciones previas (Gil Roales-Nieto, 1998): constatar mediante examen médico que el fumador tiene buena salud y, más específicamente, que no tiene o ha tenido problemas cardiovasculares; que el fumador no tenga sobrepeso; que su presión sanguínea se mantenga dentro de límites normales, y que tenga menos de 40 años. Este hecho, junto con la amenaza de efectos secundarios indeseables y posibles riesgos para la salud, ha llevado a la búsqueda de procedimientos alternativos, como el método de caladas rápidas (que implica el mantenimiento del humo en la boca y su posterior expulsión), el fumar rápido truncado (un solo ensayo consumiendo tres cigarrillos en cada una de las tres sesiones del procedimiento), la técnica de retención del humo..., entre otras.

Aunque el procedimiento surgió dentro del paradigma de los procedimientos de saciación, se han planteado otros mecanismos explicativos, tales como la repetición cognitiva de experiencias displacenteras, la aversión condicionada al sabor... (Becoña y Vázquez, 1998).

Los datos sobre la eficacia de la técnica son contradictorios y desiguales, si bien se observa una tendencia general a una disminución de la eficacia a lo

TABLA 28.9

Pautas para la aplicación del fumar rápido

1. Comprobaciones previas sobre el estado de salud del fumador para establecer la pertinencia de aplicación de la técnica.
2. El fumador ha de dar caladas de su marca favorita de cigarrillos cada seis segundos durante 15 minutos o hasta que se sienta mal. El terapeuta le va dando instrucciones para centrar la atención en los aspectos negativos de la experiencia.
3. Se hace una pausa de cinco minutos, durante los cuales el fumador comenta con el terapeuta las sensaciones experimentadas.
4. Se repite la secuencia (fumar rápido-descanso) en tres ocasiones.
• Durante los tres primeros días, se llevan a cabo los tres ensayos cada día.
• A partir del cuarto día comienzan a espaciarse progresivamente, hasta las seis-ocho sesiones (que se prolongan durante dos o tres semanas).

largo del tiempo, con importantes tasas de recaídas a partir de los seis meses. De acuerdo con Gil Roales-Nieto (2003), la eficacia de la técnica en los seguimientos a dos años se situaría, como promedio, en torno al 32 por 100. Asimismo se ha constatado que la eficacia mejora cuando el fumar rápido se combina con otros procedimientos, mientras que disminuye cuando se utiliza en formato autoaplicado.

12. TÉCNICA DE RETENCIÓN DEL HUMO

Esta técnica es una variante de los procedimientos de saciación clásicos en el tratamiento del tabaquismo (por ejemplo, fumar rápido) que intenta subsanar los inconvenientes de éstos (relacionados con el incremento intensivo y delimitado del consumo de tabaco, y sus consiguientes efectos nocivos). La técnica, que fue propuesta inicialmente por Tori (1978), quien la denominó *saciación al sabor*, y desarrollada, ya como técnica de retención del humo, por Kopel, Suckerman y Baksht (1979), también parte de los principios del condicionamiento aversivo, y utiliza el humo como estímulo aversivo; sin embargo, sus efectos son menos desagradables que los del fumar rápido y conlleva menos riesgos, por lo que puede aplicarse a una gama más amplia de fumadores.

La aplicación de la técnica supone que el fumador ha de aguantar (retener) el humo en la boca y la garganta durante unos 30 segundos, mientras que sigue respirando por la nariz, y haciendo descansos entre retenciones consecutivas también de 30 segundos. Las retenciones se repiten unas cinco o seis veces, al cabo de las cuales se realiza un descanso de unos cinco minutos, antes de comenzar un nuevo ensayo (que consta de otras cinco o seis repeticiones). Mientras el fumador retiene el humo, se le dan instrucciones específicas sobre lo que está experimentando. Como promedio se realizan tres ensayos por sesión, constando el tratamiento completo de unas ocho o diez sesiones (Becoña y Vázquez, 1998).

Aunque la base común es similar, se pueden observar algunas diferencias entre el procedimiento de saciación al sabor de Tori (1978) y el de retención del humo de Kopel et al. (1979), que se resumen en las siguientes (Gil Roales-Nieto, 2003):

1. En el estudio de Tori los fumadores tomaban cuatro o cinco caladas profundas de cada cigarrillo fumado durante las sesiones, para, tras los ensayos de retención, inhalar el humo en los pulmones y expulsarlo por la nariz.
2. Mientras que en la aplicación de la retención del humo la duración de las sesiones está prefijada, en el trabajo de Tori no, finalizándose cuando el fumador indicaba que no podía seguir fumando o cuando vomitaba.

De acuerdo con la revisión de Gil Roales-Nieto (2003), los datos sobre eficacia de la técnica se

TABLA 28.10

Pautas para la aplicación de la técnica de retención del humo

1. El fumador da una calada y retiene el humo en boca y garganta durante 30 segundos, mientras respira por la nariz. El terapeuta le va dando instrucciones para centrar la atención en lo que está experimentando.
2. Descanso de 30 segundos.
3. Repetición del ciclo retención del humo-descanso cinco o seis veces.
4. Descanso de cinco minutos.
5. Repetición de todo el ensayo (cinco o seis ciclos) otras dos veces (por ejemplo, tres ensayos en una sesión).

- Se realizan unas ocho o diez sesiones.

muestran ligeramente superiores a los del fumar rápido (45,8 por 100 como promedio), apareciendo también en este caso una tendencia a la aparición de recaídas a partir de los seis meses. Sin embargo, como también sucede con el fumar rápido, lo más habitual es que la retención del humo se utilice en combinación con otras técnicas o como parte de programas multicomponente amplios.

13. SILLA VACÍA

Esta técnica, que surgió dentro del enfoque gestáltico (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), ha sido incorporada, dentro de las terapias cognitivo-experienciales, para afrontar significados y experiencias contrapuestos en las personas de manera vivencial y directa (Greenberg, Rice y Elliot, 1993/1996). El objetivo es generar y expresar nuevos significados que puedan resolver conflictos abiertos, ya sea entre polos contrapuestos del sujeto o con otra persona, partiendo del supuesto de que el ser humano se encuentra en un proceso continuo de organización de su experiencia y de creación de significados, a la vez que se enfatiza la importancia del trabajo emocional.

De manera esquemática, la técnica implica que el paciente se siente ante una silla vacía e imagine que en ella se encuentra sentada una persona significativa de su vida o un aspecto concreto de sí mismo. Para dar forma a esa figura, se le pide que describa lo que está imaginando, creando una imagen tan clara como sea posible. A continuación, el paciente inicia el diálogo: cuenta, pregunta, acusa, se disculpa..., y en definitiva habla con esa persona que imagina sentada en la silla. Luego el paciente cambia de posición, se sienta en la silla vacía y se transforma en la otra persona. Como tal entabla el diálogo con la silla que el paciente acaba de abandonar como si ésta fuera el propio paciente. Durante el diálogo el terapeuta puede ofrecer sugerencias para su desarrollo, pero no interviene en los sentimientos y significados que van apareciendo. Los intercambios de sillas continúan mientras el paciente va asumiendo alternativamente el papel del otro significativo y de sí mismo, hasta que se llega a alguna resolución o nueva comprensión de la situación. Suele ser útil que el terapeuta proporcione al final algún tipo de información al paciente a modo de cierre.

La técnica se puede utilizar de distintas formas y con distintos propósitos. Así, puede implicar:

— Una situación o acontecimiento (por ejemplo, acontecimientos de naturaleza traumática o situaciones perturbadoras en la vida de la persona). En estos casos el paciente narra y describe lo sucedido e identifica las emociones, sentimientos y significados que le ha asignado y cómo interfieren en su vida. En estos casos se trata de dar un nuevo significado al acontecimiento y de cambiar con ello los sentimientos (si se trata de un acontecimiento pasado no modificable) o las formas de afrontarlo (cuando son acontecimientos presentes).
— Una persona significativa en la vida del paciente en torno a la cual se ha desarrollado un

TABLA 28.11

Pautas para la aplicación de la silla vacía

1.	Presentación de la técnica y selección de la persona, acontecimiento o aspecto de la propia personalidad que va a ocupar la silla vacía.
2.	El paciente se sienta y se le coloca enfrente una silla vacía en la que ha de imaginar que se encuentra esa persona, situación o aspecto.
3.	Se le pide al paciente que imagine quién o qué esta sentado en la silla y que lo describa.
4.	El paciente establece un diálogo con el ocupante de la otra silla. El terapeuta puede ofrecer sugerencias para el diálogo.
5.	El paciente cambia de silla y se transforma en la otra persona, y habla a la silla que acaba de dejar como si fuera el propio paciente. El terapeuta puede seguir ofreciendo sugerencias para el diálogo.
6.	El paciente cambia de nuevo la silla y continúa el diálogo. Los cambios de silla prosiguen hasta que se llega a una resolución.
7.	El terapeuta da información al paciente para cerrar la técnica.

asunto inconcluso y que por una u otra razón (distanciamiento, confrontación, fallecimiento...) no se encuentra disponible. En estos casos la técnica resulta de utilidad para «entender» el punto de vista del otro.

— Un aspecto de la propia personalidad (ya sean necesidades, sentimientos, incapacidades...). De este modo el paciente tiene la oportunidad de mirarse y examinarse «desde fuera». En estos casos puede ser útil para aceptar aspectos negados o rechazados en uno mismo o para contraponer significados disfuncionales (por ejemplo, exigencias perfeccionistas) con significados alternativos (por ejemplo, el derecho a cometer errores).

Entre sus aplicaciones clínicas figuran intervenciones en situaciones de catástrofe o emergencia, en duelo, en separaciones sentimentales, en programas de mejora de la autoestima..., entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico.* Madrid: Pirámide.

Esta obra, en la que se incluye una descripción pormenorizada y eminentemente práctica del tratamiento para la agorafobia y el trastorno de pánico, incluye una profusa explicación sobre la fisiología de la hiperventilación, así como una detallada descripción de la prueba de hiperventilación.

Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo.* Madrid: Dykinson.

Obra monográfica sobre el tratamiento del tabaquismo en la que se incluye una amplia sección dedicada a las técnicas aversivas, entre las que figuran el fumar rápido, la retención del humo y la saciación al sabor.

Bragado, C. (1999). *Enuresis infantil. Un problema con solución.* Madrid: Pirámide.

Este monográfico incluye una didáctica y exhaustiva revisión, con una perspectiva eminentemente clínica, de los distintos tratamientos para la enuresis infantil, con descripciones pormenorizadas del condicionamiento con el método de alarma, del entrenamiento en retención voluntaria y del entrenamiento en cama seca.

Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliot, R. K. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto.* Barcelona: Paidós (original de 1993).

En el capítulo 12 ofrece una descripción y razonamiento pormenorizado de la aplicación de la técnica de la silla vacía en asuntos no cerrados o resueltos, inclu-

yendo ejemplos ilustrativos de los diálogos establecidos por los pacientes en la aplicación de la técnica.

Labrador, F. J. (1998). Disfunciones sexuales. En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta,* vol. 1, pp. 563-621. Madrid: Dykinson.

Este capítulo incluye una revisión de las principales terapias sexuales, con descripciones de sus variantes de aplicación para las distintas disfunciones. Incluye información sobre la aplicación de la focalización sensorial y sexual, las técnicas de compresión y compresión basilar, la de parada y arranque y la de autoestimulación.

Öst, L. G. y Sterner, U. (1987). A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 25,* 25-29.

Artículo de referencia para la aplicación de la tensión muscular aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre, heridas e inyecciones. Los creadores de la técnica describen pormenorizadamente el procedimiento de aplicación, aportando datos sobre su eficacia.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. En el tratamiento de las disfunciones sexuales, en la focalización sexual:

   a) Ambos miembros de la pareja se dedican por turnos a acariciar al otro incluyendo todas las zonas del cuerpo.
   b) Las caricias se centran exclusivamente en los genitales de ambos miembros de la pareja y en los pechos de la mujer.
   c) Las caricias se centran en cualquier zona del cuerpo a exclusión de los genitales y los pechos de la mujer.

2. La técnica de compresión de la base del pene:

   a) Se utiliza en el tratamiento de los trastornos de erección para potenciar la excitación del pene.
   b) Se utiliza en el tratamiento de la eyaculación precoz para hacer desaparecer la sensación eyaculatoria.
   c) Se utiliza en el tratamiento de la eyaculación precoz y del trastorno orgásmico masculino para enseñar al hombre a discriminar sus sensaciones eyaculatorias.

3. Los ejercicios de la fase de focalización sensorial del tratamiento de las disfunciones sexuales tienen como objetivo:

   a) Obtener un alto grado de excitación sexual en ambos miembros de la pareja.
   b) Conseguir que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales.
   c) Modificar percepciones y actitudes erróneas acerca de la sexualidad.

4. El recondicionamiento del orgasmo es una estrategia utilizada para disminuir la excitación sexual ante estímulos parafílicos, y consiste en:

   a) Hacer coincidir la descarga eyaculatoria con fantasías «normales».
   b) Masturbarse utilizando fantasías «normales» y tras el orgasmo concentrarse en imaginar las fantasías parafílicas.
   c) Masturbarse utilizando fantasías «normales» y tras el orgasmo seguir concentrándose en dichas fantasías.

5. Cada vez que M. se «pone muy nervioso» comienza a marearse y a perder la sensación de realidad. Sus amigos, acostumbrados ya al tema, van habitualmente con una bolsa de papel en el bolsillo, y en cuanto pasa algo sacan la bolsa para que M. respire en ella, lo cual parece funcionar. Esto se debe a que:

a) Cuando M. respira en la bolsa, está respirando altas cantidades de dióxido de carbono y cubriendo así el déficit de esta sustancia que se está produciendo en su organismo.
b) Cuando M. respira en la bolsa está respirando altas cantidades de oxígeno y cubriendo así el déficit de esta sustancia que se está produciendo en su organismo.
c) Al respirar en la bolsa es más fácil regularizar el ritmo respiratorio.

6. A pesar de ser un joven fuerte y musculoso, Sansón tiene miedo a la sangre y siempre que ve algo de sangre se marea e incluso en alguna ocasión ha estado a punto de desmayarse. Como Sansón sabe que esto deteriora considerablemente su imagen pública (lo que resulta muy importante para él, ya que es un afamado deportista con importantes contratos publicitarios), acude a un psicólogo. Para evitar que se maree durante la realización de un análisis de sangre la primera vez que Sansón se expone a ello el psicólogo le aconseja que:

a) Se tumbe y se relaje.
b) Tense el brazo en el que le van a poner la inyección.
c) Se tumbe y tense el brazo en el que no le van a poner la inyección.

7. Señala la afirmación CORRECTA respecto al tratamiento de la enuresis nocturna con el método de alarma:

a) Se basa en los principios del condicionamiento clásico y tiene como objetivo establecer una asociación entre el timbre (EC) y la micción (RC).
b) Combina los principios del condicionamiento clásico (respuesta de inhibición de la orina) y los del condicionamiento operante (respuesta de despertar).
c) Se basa en los principios de condicionamiento clásico y tiene como objetivo establecer una asociación entre el llenado de la vejiga (EC) y las respuestas de inhibición de la orina y despertar (RC).

8. En el entrenamiento en cama seca para el tratamiento de la enuresis:

a) La práctica positiva y el entrenamiento en limpieza se aplican como procedimientos de castigo de la respuesta de mojar la cama.
b) La práctica positiva y el entrenamiento en limpieza se aplican para conseguir que el niño aprenda nuevas conductas y estrategias.
c) El despertar programado se mantiene a lo largo de todo el tratamiento.

9. En la aplicación de las técnicas de fumar rápido, retención del humo y saciación al sabor para el tratamiento del tabaquismo:

a) Es preciso que el fumador llegue a experimentar sensaciones de náusea o vómitos para que la técnica sea eficaz.
b) Es importante que el fumador centre la atención en las sensaciones y efectos desagradables del tabaco en los momentos en que realiza la prueba.
c) La eficacia de la técnica se incrementa si se incluyen ensayos de sobreaprendizaje.

10. Señala la afirmación CORRECTA respecto a la aplicación de la técnica de la silla vacía:

a) Para que sea eficaz es esencial que la persona construya una imagen vívida del otro significativo sentado en la silla vacía.
b) El terapeuta ha de ser altamente directivo durante el diálogo, guiando los temas y propiciando la expresión de emociones durante el proceso.
c) El intercambio de sillas y de papeles facilita la asunción de distintos puntos de vista y de nuevos significados.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	b	b	b	a	c	c	a	b	c

PARTE CUARTA

Ayudas a la intervención psicológica

Habilidades y competencias terapéuticas 29

CARMINA SALDAÑA

1. INTRODUCCIÓN

No cabe duda de que la investigación en las terapias psicológicas ha dado un paso de gigante desde que se ha centrado en explorar cuál o cuáles son los tratamientos más eficaces (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Pérez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo, 2003). La elaboración de tratamientos manualizados y la posterior verificación empírica de su eficacia deberían permitir a los clínicos beneficiarse de los resultados del ámbito de la investigación, y a los clientes/pacientes, poder solicitar que sean tratados con aquellos tratamientos que han alcanzado el reconocimiento científico. Sin embargo, ni todos los clínicos conocen cuáles son los tratamientos empíricamente validados ni la gran mayoría de los pacientes tienen suficiente información como para poder solicitarlos. Además, el conocimiento de estos tratamientos, compuestos por una o más estrategias terapéuticas, tampoco garantizaría el éxito de la intervención, ya que existen un buen número de variables que, en mayor o menor medida, contribuyen de manera importante durante el proceso terapéutico a conseguir resultados clínicamente relevantes. Nos referimos a las habilidades y destrezas necesarias que permitan al clínico manejar las estrategias de la forma más competente posible a lo largo de todo el proceso terapéutico. Por ello, no consideramos que las habilidades que debe tener el terapeuta constituyan una ayuda a la intervención; por el contrario, consideramos que son una condición sin la cual no se puede llevar a buen término un tratamiento psicológico.

Implementar un tratamiento psicológico tal como se planificó no significa ser capaz de administrarlo de forma competente, ni tampoco que se alcancen los resultados previstos. Es cierto que, igual que ocurre en otros ámbitos de la salud, unos psicólogos obtienen buenos resultados mejorando las condiciones de sus pacientes, otros no consiguen que sus pacientes mejoren (tampoco que empeoren) y, finalmente, existe un grupo de profesionales que obtienen resultados negativos; no sólo no consiguen que sus pacientes mejoren sino que éstos se deterioran. En ensayos clínicos aleatorios, en los que se proporcionaron tratamientos administrados por terapeutas (estrechamente supervisados) a pacientes que habían sido seleccionados por tener un trastorno específico, se observó que entre el 35 y 40 por 100 de los pacientes no obtuvieron ningún beneficio y entre el 5 y 10 por 100 se deterioraron (Hansen, Lambert y Forman, 2002). Estos datos avalan la necesidad de conocer los elementos que contribuyen a que los resultados de las terapias sean positivos. ¿Qué características interpersonales, formación y habilidades debe dominar un clínico para poder obtener resultados clínicamente relevantes con sus pacientes? ¿Por qué con el mismo grado de preparación, dentro de la misma orientación psicológica, con pacientes que presentan el mismo tipo de problemas y de la misma gravedad unos terapeutas obtienen mejores resultados que otros? ¿Por qué unos pacientes necesitan menos sesiones y obtienen resultados más rápida-

mente con unos terapeutas que con otros? ¿Cuándo consideramos que un terapeuta es competente?

En este capítulo vamos a describir los requisitos y habilidades que debe tener un buen terapeuta para ayudar de manera eficaz a que sus clientes resuelvan los problemas por los que acuden a terapia, todo ello básicamente dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual. Asimismo, analizaremos la situación terapéutica en su conjunto (véase la figura 29.1), en la que las conductas del terapeuta, las conductas del cliente/paciente y las interacciones —relación terapéutica— que se establecen entre ambos durante el tratamiento permitirán que se consolide la alianza terapéutica, la cual ha sido identificada como uno de los factores más importantes para alcanzar buenos resultados terapéuticos.

Como se puede observar en la figura 29.1, el proceso que se da en la situación terapéutica es un proceso complejo, durante el cual el terapeuta tiene que saber combinar sus habilidades y destrezas con sus conocimientos teóricos sobre las leyes que rigen el comportamiento humano normal y desadaptado, con los distintos métodos de evaluación y recogida de información y con las estrategias de intervención científicamente validadas. Además, el clínico deberá mostrar su competencia adecuando dichos conocimientos y destrezas a las características únicas del cliente, identificando las peculiaridades de éste, a fin de consensuar los objetivos de la terapia y el compromiso de trabajar conjuntamente para alcanzar las metas propuestas.

Finalmente, señalar que las habilidades terapéuticas se adquieren con entrenamiento y supervisión

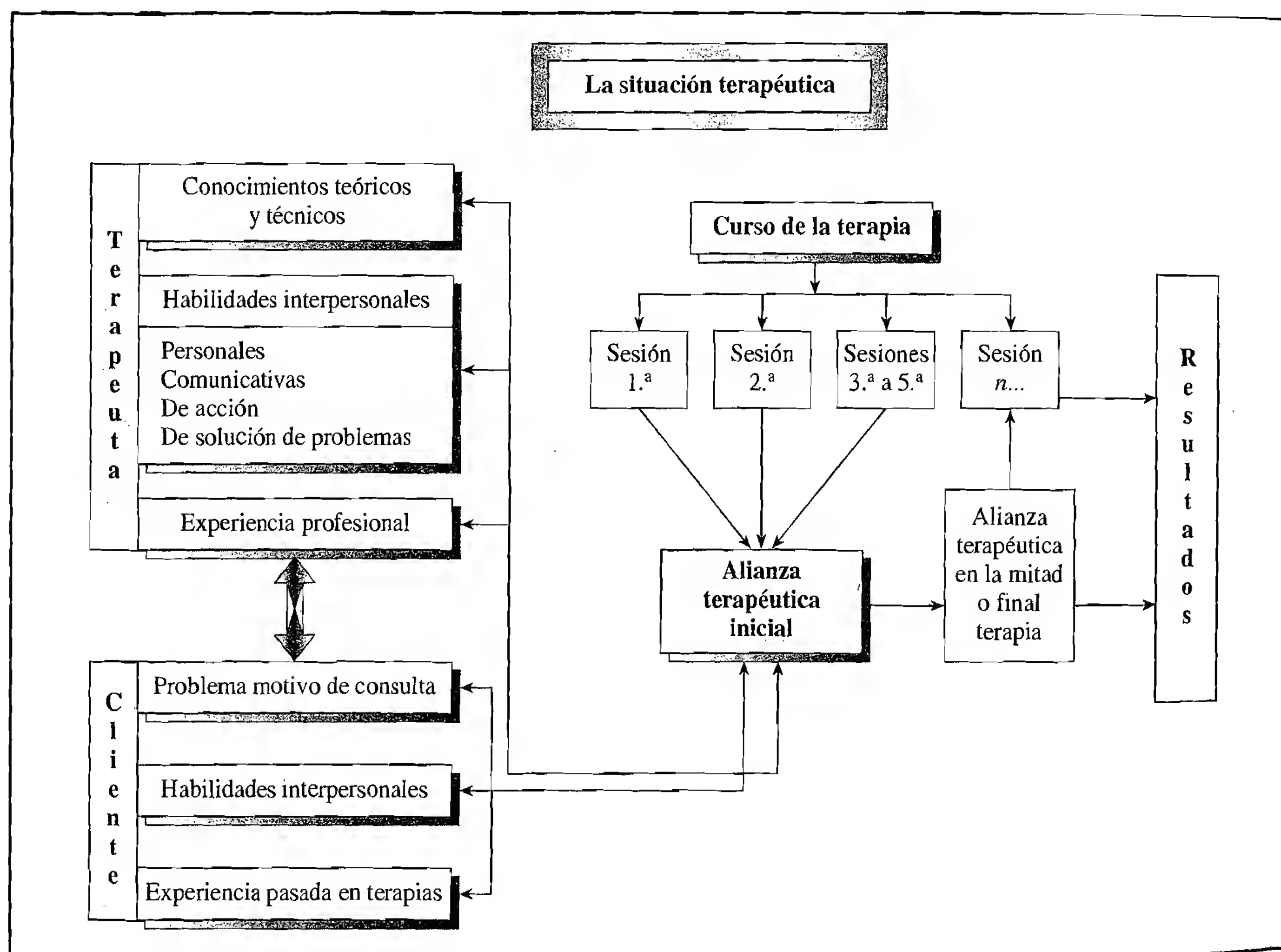


Figura 29.1.—Interacciones en la situación terapéutica (modificado de Horvath, 2000).

adecuados. Destacaremos en este capítulo algunos aspectos fundamentales de dicho proceso de aprendizaje de tal forma que el lector interesado en la práctica de la psicología clínica tenga curiosidad y necesidad de seguir un adiestramiento específico para adquirir las competencias y habilidades necesarias para desempeñar la actividad profesional de forma satisfactoria.

2. LOS ACTORES EN EL PROCESO DE CAMBIO: EL CLIENTE Y EL TERAPEUTA

Dos son los principales agentes del proceso de cambio en el marco de las terapias psicológicas. De una parte, los clientes; de otra, los terapeutas. Los primeros aportan sus problemas; los segundos, su preparación y experiencia clínica para ayudar a resolverlos. Además, ambos presentan un importante número de variables interpersonales que pueden contribuir de manera decisiva al éxito de la terapia (una revisión extensa pude verse en Gavino, 2004). La investigación nos ha ayudado a identificar aquellas que parecen ser más relevantes de unos y otros actores. En conjunto, según Bergin y Lambert (1978) y Costa y López Méndez (2003), en el consejo psicológico y en los tratamientos psicológicos se observa que la motivación y expectativas del cliente sumadas a sus variables interpersonales pueden llegar a contribuir hasta con un 55 por 100 (15 y 40 por 100 respectivamente) al éxito de la intervención, mientras que las variables interpersonales del terapeuta y el modelo teórico y técnicas que éste emplea contribuyen solamente con un 45 por 100 (30 y 15 por 100 respectivamente). Veamos, pues, las más relevantes que corresponden a cada uno de los agentes implicados en el cambio.

2.1. Variables interpersonales del cliente

Existen un buen número de variables del cliente que pueden llegar a favorecer el éxito de la terapia (véase la tabla 29.1). Tener conocimiento de estas variables y de su impacto sobre los resultados permitirá al clínico adecuar la intervención a su cliente para incrementar la eficacia del tratamiento que va a aplicar.

No hay duda de que la edad y el nivel educacional deben tenerse en consideración, a pesar de que en la mayoría de estudios no se ha encontrado que

TABLA 29.1

Grado de relación de las variables interpersonales del cliente con los resultados de la intervención

Variables interpersonales paciente	Grado de relación con los resultados	Sentido de la relación
• Edad	Bajo	No afecta
• Nivel cultural	Bajo	No afecta
• Sexo	Bajo	No afecta
• Recursos económicos	Medio	Negativa
• Tipo de problema sin comorbilidades	Medio	No afecta
• Tipo de problema con comorbilidades	Muy alto	Negativa
• Gravedad del problema	Muy alto	Negativa
• Motivación para el cambio	Muy alto	Positiva
• Atribución errónea del problema	Alto	Negativa
• Expectativas de resultado	Muy alto	Positiva
• Apoyos sociales	Alto	Positiva
• Experiencias previas en otros tratamientos	Alto	Negativa
• Cumplimiento de las tareas	Alto	Positiva

tengan relación con los resultados de la terapia. Es posible que esta ausencia de relación se pueda explicar a través de las acciones que realizan los terapeutas para adecuar sus intervenciones a la edad de desarrollo y nivel educacional de sus clientes. Así pues, lo que sí parece relevante es que el terapeuta adapte su lenguaje y estilo terapéutico teniendo presente si se halla frente a un niño, adolescente, adulto o persona mayor. Asimismo, el nivel cultural deberá tenerlo en cuenta en las explicaciones que proporcione al paciente, en el tipo de preguntas que realice, en las propuestas terapéuticas que le haga y en las tareas que le asigne. La incorporación de los tratamientos manualizados para muchos tipos de problemas ha facilitado a los clínicos la tarea de adecuación de las terapias a las características de los clientes. En la mayoría de estos protocolos se recomienda que el clínico considere la edad y nivel cultural de sus pacientes antes de la administración. Con relación al sexo, en general no se ha encontrado una vinculación estrecha de esta variable con los resultados de los tratamientos, aunque algunos clientes se sienten más cómodos con un terapeuta del mismo sexo y así lo demandan cuando acuden a terapia. Finalmente, el nivel económico sí que parece tener alguna relación con los resultados de las terapias. Por lo general, los estudios de resultados de tratamiento muestran que los clientes de niveles socioeconómicos bajos obtienen peores resultados y abandonan más frecuentemente la terapia. Es posible que la misma situación económica contribuya a la percepción que tenga el cliente de los beneficios que pueda obtener. Parece, pues, que una cierta estabilidad económica y social está asociada con la obtención de mejores resultados terapéuticos.

Otro tipo de variables, las relacionadas con el problema y la duración y gravedad de éste, han sido frecuentemente estudiadas. Las peculiaridades de cada tipo de problema no permiten que hagamos comentarios generales. Sin embargo, sí que conviene saber que la gravedad del problema augura peores resultados; asimismo, aquellos trastornos que presentan comorbilidades tienen, en general, peor pronóstico. Los terapeutas mantienen ideas preconcebidas de cómo desarrollarán la terapia, cuántas sesiones aproximadamente realizarán, el grado de cumplimiento de sus pacientes con las tareas asignadas. Además, también tienen expectativas positivas con relación a la consecución de las metas terapéuticas. Sin embargo, con estos pacientes, los que presentan trastornos más graves con comorbilidades, el terapeuta tendrá que reconducir sus expectativas, intervenir de forma más directiva dejando menor control en manos del paciente, prolongar la intervención para permitir que se produzca una reducción significativa de los síntomas y/o buscar tratamientos alternativos cuando observe que no alcanza los resultados esperados. Este tipo de actuación le ayudará a controlar su insatisfacción y frustración por los posibles resultados negativos y le prevendrá de realizar acciones contraterapéuticas.

La contribución de variables cognitivas tales como la motivación para el cambio, las expectativas en los resultados del tratamiento y la atribución que hace el cliente de su problema también ha sido motivo de estudio en muchas investigaciones, encontrándose que tienen una estrecha relación con el éxito o fracaso de la terapia. Una baja motivación para el cambio puede afectar directamente al curso de la terapia. Los pacientes con poca motivación tienen una baja implicación en las propuestas que le realiza el terapeuta, desestiman la mayoría de ellas y no cumplen con las tareas que se les asignan. Por ello, puede ser de utilidad que ante este tipo de pacientes el terapeuta evalúe su nivel de motivación antes de empezar el tratamiento, incorporando estrategias de la entrevista motivacional para mostrarles las ventajas que pueden obtener al solucionar su problema y, así, potenciar su participación activa en su proceso de cambio. Además, conocer qué es lo que el cliente espera de la intervención será también de gran interés, ya que sabemos que los pacientes con expectativas elevadas se implican más en la terapia y dedican mayores esfuerzos a alcanzar las metas; por el contrario, los pacientes con bajas expectativas es más probable que no cumplan y abandonen. Desde el punto de vista de la terapia cognitivo-conductual, proporcionar una explicación racional del problema, a través del análisis funcional, es una buena estrategia para controlar y favorecer las expectativas positivas de cambio.

Finalmente, el cumplimiento de tareas entre sesiones es una variable relevante que, sin duda, afecta a los resultados de la terapia. Aquellos pacientes que cumplen las tareas que se les asignan en terapia (por ejemplo, exposiciones entre sesiones en trastornos de ansiedad, realización de actividades agradables en trastornos del estado de ánimo, seguimiento de patrones alimentarios saludables en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad, etc.) obtienen mejores resultados que los pacientes que no cumplen con ellas. El cumplimiento de las tareas no viene determinado por variables personales del cliente como la edad, el sexo o el nivel educacional. Tampoco parece que de forma inequívoca tenga que ver con la gravedad del problema. Lo más probable es que las variables más importantes sean la motivación del cliente y las estrategias terapéuticas que emplea el clínico para proponer tareas, justificarlas y controlar su cumplimiento.

2.2. Variables interpersonales del terapeuta

Seguro que estudiantes y recién licenciados en psicología han reflexionado alguna vez a lo largo de sus estudios sobre sus aptitudes y capacidades para llevar a cabo una terapia, formulándose una o varias de las siguientes cuestiones: ¿Serviré como terapeuta? ¿Qué necesito aprender para ser un buen terapeuta? ¿Cómo puedo saber si reúno las condiciones necesarias para ser un buen clínico? ¿Sabré ayudar a un paciente?

Podemos responder a algunas de estas cuestiones presentando las características prerrequisitas para llegar a ser un terapeuta (Cormier y Cormier, 1991, 1994; Ruiz y Villalobos, 1994). La primera, tener interés sincero, sin condiciones, por las personas. Además, también de gran importancia, tener un buen ajuste psicológico y conocimiento de uno mismo, una amplia experiencia vital y un conocimiento extenso de distintos contextos socioculturales. Estas tres características contribuirán decisivamente al entendimiento del problema del cliente y a aceptar que existen numerosos tipos de personas y estilos de vida que no tienen por qué coincidir con el nuestro. Asimismo, también es necesario tener una amplia formación teórica y práctica para desarrollar las terapias con competencia y flexibilidad para adaptar los métodos y estrategias que se empleen a las características y problemas del cliente. También es condición previa tener vitalidad para inspirar confianza y seguridad en los clientes y ser paciente y persistente para esperar los logros al ritmo de ellos. Finalmente, conviene recordar que toda la intervención deberá realizarse cumpliendo los principios éticos establecidos en el código deontológico.

En la figura 29.2 se puede observar cómo, a partir de las actitudes y características básicas que debe tener un terapeuta, éste emplea una serie de destrezas de escucha y acción que le permitirán establecer con el cliente una buena comunicación, obtener datos relevantes, transmitirle empatía e interés, fijar conjuntamente los objetivos terapéuticos y presentarle y poner en práctica las distintas técnicas que vayan a emplear y resolver los distintos problemas que puedan ir apareciendo a lo largo de la intervención.

2.2.1. *Actitudes y características básicas del terapeuta*

Al margen de las ya señaladas, las variables del terapeuta abarcan un amplio número de características interpersonales, actitudes y habilidades que parecen contribuir a los resultados de la terapia. La experiencia y competencia, las habilidades comunicativas, las actitudes señaladas por Rogers como indispensables para favorecer una buena relación terapéutica —empatía, autenticidad y aceptación incondicional—, o la cordialidad, calidez, proximidad hacia el cliente, la autorrevelación y un largo etcétera, han sido el principal foco de atención de numerosos estudios, los cuales han aportado resultados que no permiten afirmar de forma taxativa la relevancia de cada una de estas variables para el proceso de cambio que se da en el curso de la terapia. Numerosos autores han señalado que sin la presencia de una relación de empatía y calidez los pacientes se resistirían a cumplir con todas las tareas entre sesión que se asignan en las terapias cognitivo-conductuales. Por ejemplo, Last y Hersen (1985) indican que sin una relación cálida entre paciente y terapeuta sería

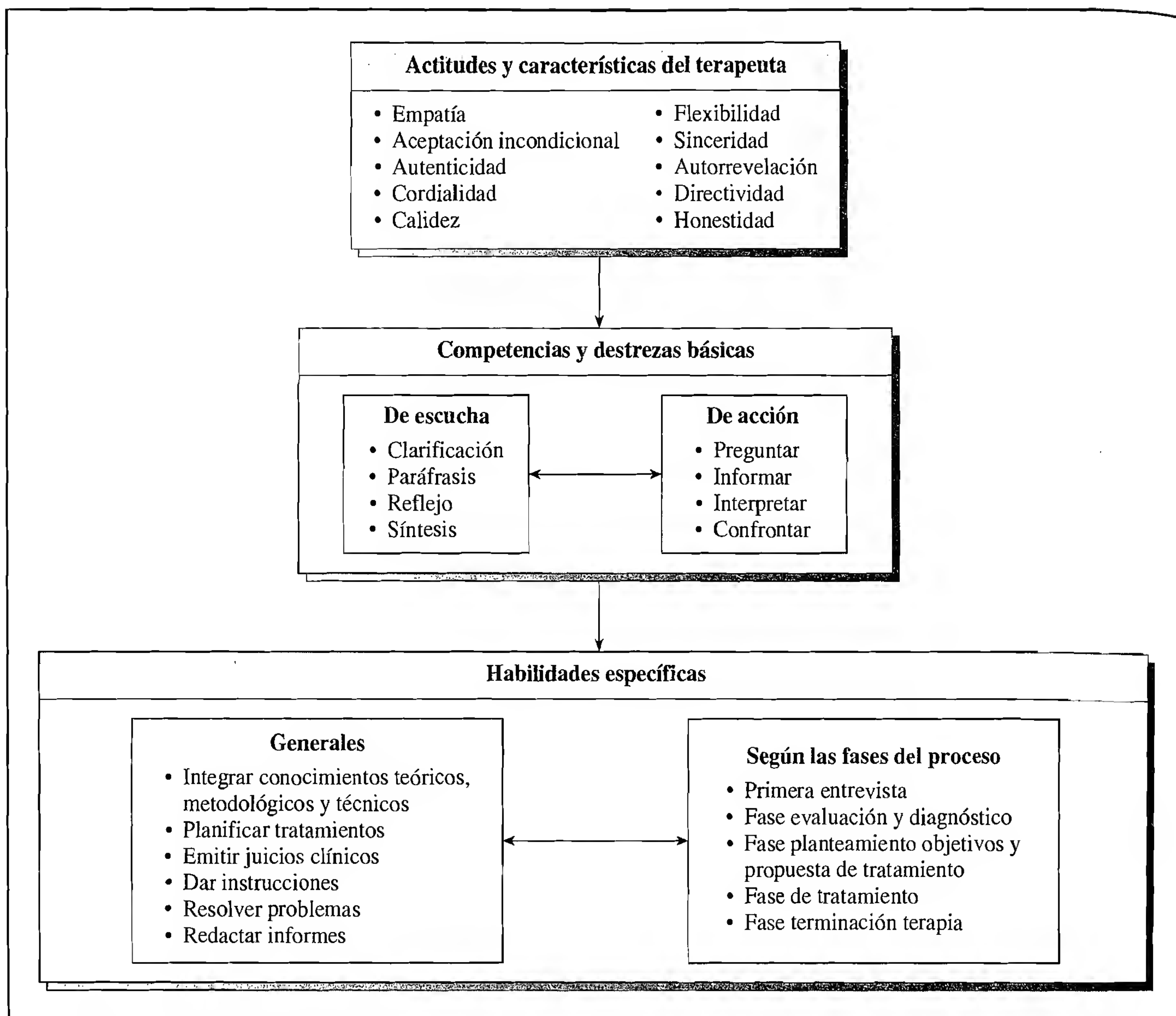


Figura 29.2.—Interacción de las distintas habilidades y competencias del terapeuta en el proceso de intervención.

inconcebible que los clientes aceptaran: 1) llevar registros diarios detallados; 2) autoobservarse, autoevaluarse y autorreforzarse; 3) practicar ejercicios de relajación; 4) realizar ejercicios de asertividad en vivo; 5) mantener contratos conductuales con miembros de la familia; 6) reducir sistemática y gradualmente conductas adictivas; 7) reducir gradual y sistemáticamente conductas desviadas de excitación sexual, y 8) practicar conductas alternativas (p. 9).

Estos comentarios y los resultados de numerosas investigaciones ponen de manifiesto que la relación que tiene el terapeuta cognitivo-conductual con su paciente muestra, entre otras, las siguientes características: calidez, empatía, es capaz de motivarle y reforzarle, es a la vez directivo y no directivo, tiene habilidad para escuchar, utiliza conducta verbal y no verbal que contribuye a ser percibido como más simpático, cálido y auténtico, sabe dar instrucciones claras y precisas al cliente, etc. En una excelente revisión realizada por Ackerman y Hilsenroth (2003) de los estudios publicados entre 1988 y 2000, se destacan los siguientes atributos personales del tera-

peuta como los que tienen un papel fundamental en el establecimiento de la alianza terapéutica: 1) flexible, aceptando y adaptando al paciente y a la situación su forma de comunicar; 2) honesto, siendo percibido por el paciente como sincero y honrado; 3) respetuoso, aceptando los valores y formas de expresarse del paciente; 4) seguro de sí mismo, mostrando al paciente que sabe lo que hace; 5) fiable, el paciente percibe que se puede fiar de él; 6) cálido, da muestras de cariño y afecto; 7) amistoso, el paciente le percibe cercano; 8) interesado, muestra interés por su paciente; 9) abierto, es capaz de entender puntos de vistas distintos del suyo; 10) relajado, transmite tranquilidad al paciente, y 11) competente, muestra que tiene experiencia y destreza para desempeñar la tarea clínica.

3. COMPETENCIAS BÁSICAS DEL TERAPEUTA

Además de estas actitudes y características básicas que, sin duda, contribuyen a que se establezca una buena relación terapéutica, el psicólogo debe tener destrezas y competencias básicas que pasamos a comentar brevemente. De una parte, aquellas competencias necesarias para establecer una buena comunicación con su paciente, obtener la información precisa, atender a lo sustancial de la información que se le va proporcionando, ser capaz de centrarse con relativa rapidez en lo importante más que en lo accesorio, interpretar las señales del cliente y hacer juicios clínicos cuando así sea conveniente. De otra, destrezas para poder realizar acciones específicas encaminadas a facilitar el cambio del paciente. De ambos tipos de competencias y destrezas se puede obtener una información más completa en Cormier y Cormier (1991, 1994) y practicar con los ejercicios concretos desarrollados por Fernández Liria y Rodríguez Vega (2002a, b).

3.1. Competencias básicas de escucha

Las competencias básicas de escucha constituyen uno de los pilares básicos más importantes del repertorio de habilidades que tiene que tener un buen terapeuta, sin el cual es imposible que sea capaz de llevar a buen término un tratamiento psicológico. Saber escuchar implica atender e identificar correctamente la información que nos transmite el paciente, constatar con él que lo que hemos percibido es lo correcto, realizando clarificaciones, paráfrasis, reflejos y síntesis siempre que lo creamos oportuno, y, sobre todo, mostrar al paciente que le estamos escuchando y comprendiendo. Estas cuatro respuestas verbales básicas, clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis, han sido señaladas por Cormier y Cormier (1991, 1994) como indispensables para que los pacientes comuniquen la información más relevante sobre ellos mismos y sus problemas y el terapeuta pueda mostrar a sus pacientes que está muy interesado en obtener la información con la mayor precisión posible y desde el punto de vista del cliente. Además, todas estas destrezas de escucha deben ponerse en práctica con una actitud activa, lo cual implica, tal como señalan Costa y López (2003): 1) estar atento y observar todo lo que nos dice el paciente, cómo nos lo dice y en qué contexto nos lo dice; 2) pensar lo que el paciente nos dice y evaluarlo con propiedad; 3) sentir preocupación e interés por lo que nos refiere y por cómo se siente; 4) darle muestras de que estamos atentos e interesados por lo que nos dice o que necesitamos, más información o aclaraciones sobre lo que nos dice, y 5) realizar toda la escucha activa con una posición corporal, dirigida hacia el paciente, relajada, con la mirada y el contacto visual centrados en el paciente y con expresiones no verbales que transmitan interés. En los primeros contactos terapéuticos, mantener la actitud de escucha activa puede ser determinante para que el paciente perciba al terapeuta como alguien que merece confianza y que le puede ayudar y, como consecuencia de ello, venga a las sucesivas sesiones, se establezca la alianza terapéutica inicial de forma temprana y se implique activamente en el proceso de cambio. Es evidente que la escucha activa implica realizar algunas actividades y seguir unas ciertas reglas para hacerla lo más eficaz posible; por ello, recomendamos al lector interesado consultar Costa y López (2003) y Fernández Liria y Rodríguez Vega (2002a, b).

Centrándonos en las respuestas verbales básicas de escucha, que pasamos a comentar, conviene destacar que son indispensables en el repertorio de un buen terapeuta y que, por tanto, es necesario recibir adiestramiento (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002a, b) para un buen empleo de ellas en el curso de la terapia. Son respuestas verbales básicas de escucha: la clarificación, la paráfrasis, el reflejo y la síntesis.

— *La clarificación* es la actividad que desarrolla el terapeuta, formulando cuestiones o pidiendo ejemplos o explicaciones con otras palabras, dirigidas a esclarecer el contenido de mensajes vagos o confusos transmitidos por el cliente. Ello le permitirá constatar que ha entendido correctamente lo que le transmite el paciente. No siempre el paciente está dispuesto a realizar clarificaciones, bien porque no cree tener la suficiente confianza como para aportar dicha información, bien porque en ese momento le resulta doloroso. Ante estas situaciones el terapeuta no debe persistir y debe asumir posponer dichas clarificaciones. En las fases iniciales de la intervención, sobre todo en la entrevista inicial y la fase de evaluación y diagnóstico, conviene que el terapeuta no realice clarificaciones hasta que no se haya formado una idea general del problema del paciente, después de haberle dejado hablar sin interrupciones.
— *La paráfrasis* consiste en que el terapeuta realice una reformulación de la idea que ha expresado el paciente de la forma que a éste le parece más clara. Esta habilidad es de gran utilidad para aquellos pacientes a los que les cuesta centrarse, que inician la exposición de un acontecimiento, comportamiento o pensamiento y se pierden en detalles poco relevantes. El terapeuta reproduce el mensaje del cliente de la forma que le parece más clara dando, a su vez, muestras de que le comprende y que está interesado por lo que dice.
— *El reflejo* hace referencia a los sentimientos o emociones que experimenta el paciente vinculados a la problemática o acontecimiento que está expresando el paciente. El terapeuta infiere las emociones o sentimientos que está experimentando el paciente a partir de su conducta verbal y no verbal o como consecuencia de informaciones obtenidas con anterioridad. Por lo general, el reflejo se utiliza de forma conjunta con la paráfrasis. En primer lugar el terapeuta realiza una recapitulación o reformulación del acontecimiento o conducta expresado por el cliente y, posteriormente, le resalta los sentimientos y emociones que infiere de dicha problemática. El reflejo es de utilidad cuando el paciente no sabe o tiene dificultades para expresar o etiquetar sus sentimientos y emociones relacionados con experiencias y acontecimientos vividos o que le generan determinadas personas. También es útil en aquellos casos en los que el paciente describe un gran número de situaciones que le preocupan pero que expresa como si no se sintiera implicado personalmente. En esas circunstancias, el terapeuta le ayudará a tomar conciencia de los sentimientos que subyacen y le generan dichas situaciones. El empleo del reflejo permite al terapeuta dar muestras de interés y comprensión al paciente, ayudarle a reconocer sus sentimientos o emociones y ofrecerle la posibilidad de corregirle si no está de acuerdo con el reflejo realizado.
— *La síntesis* es la recapitulación que realiza el terapeuta después de haber abordado una problemática y antes de pasar a otra nueva, al final de una sesión o, también, como resumen de lo tratado en varias sesiones. Este recurso es de utilidad para abrir o cerrar sesiones, para centrar lo que el paciente nos ha dicho después de una exposición larga o compleja, para centrar la exposición cuando el terapeuta observa que el paciente pierde el hilo de su discurso, cuando ha aportado información sobre algún acontecimiento en distintas fases o cuando el terapeuta quiere finalizar el abordaje de un área problemática haciendo un resumen para resaltar los logros alcanzados.

3.2. Competencias básicas de acción

Las competencias básicas de acción suponen el empleo por parte del terapeuta de un buen número de recursos orientados a facilitar el cambio por parte del paciente, con un estilo de intervención más activo y directivo. De todas ellas señalaremos las más importantes, destacadas por la mayoría de especialistas en este ámbito: preguntar, confrontar, interpretar e informar (Cormier y Cormier, 1991, 1994; Costa y López, 2003; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002a, b; Ruiz, 1998; Ruiz y Villalobos, 1994).

— *Preguntar:* es el recurso más empleado por los terapeutas de cualquier orientación psicológica, siendo empleado con diversos objetivos. Preguntar nos permite recabar información, clarificar aspectos comentados para conocer los sentimientos y emociones que experimenta el paciente en un momento dado, para introducir elementos para la reflexión que le permitan analizar los acontecimientos desde otros puntos de vista, etc.
Existen dos tipos de preguntas, abiertas y cerradas, el uso de las cuales puede realizarse con objetivos distintos. Así, las preguntas abiertas son exploratorias, generalmente se emplean al inicio de la entrevista, para introducir temas, obtener más información, definir un problema, motivar a la participación activa o facilitar la búsqueda de soluciones o toma de decisiones. Las preguntas abiertas comienzan por ¿qué...?, ¿cómo...?, ¿por qué...?, ¿cuáles...? De todas ellas, las más problemáticas son aquellas que comienzan ¿por qué...?, ya que el paciente puede sentirse molesto al oírlas al percibirlas recriminatorias y hacer que se ponga a la defensiva. Alternativas a este tipo de preguntas las encontramos en ¿a qué cree...? Las preguntas cerradas se realizan para obtener información concreta y, por tanto, se responden generalmente con monosílabos: «sí», «no», una cifra, un nombre de persona, un lugar, etc. Las preguntas cerradas comienzan por ¿cuándo...?, ¿dónde...?, ¿quién...?, ¿ha comprendido...? o ¿qué día...?
Saber hacer preguntas, en contra de lo que puede parecer, no es una tarea fácil. Para hacer un uso adecuado de este recurso, el terapeuta debe saber el objetivo de su pregunta, la pertinencia del momento en el que la va hacer, qué tipo de pregunta quiere hacer. Abusar de las preguntas puede ir en contra de los propósitos perseguidos.

— *Informar:* implica proporcionar datos al paciente para aclarar aspectos que desconoce sobre el proceso terapéutico, relativos a las características de su problema, sobre las distintas alternativas de tratamiento y/o sobre recursos que desconoce y que puede utilizar. El objetivo de su empleo es múltiple; facilita al paciente la comprensión de su problema desde un punto de vista menos personal y subjetivo, permite reconocer posibles soluciones no contempladas con anterioridad, le hace consciente más de las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo de determinadas conductas que practica o le facilita corregir ideas, mitos y creencias erróneos. Para que la tarea de informar sea eficaz conviene seguir una cierta metodología:

1. Valorar la información que, a juicio del terapeuta, el paciente no tiene o posee erróneamente y que podría beneficiarle.
2. Decidir qué aspectos de los contenidos sobre el tema a informar va a incluir en su información, cuál es la mejor forma de organizarlos y qué secuencia seguirá para facilitar la comprensión de la información.
3. Adecuar el lenguaje empleado en la información a las características de edad, aptitudes y capacidades del paciente para que pueda entenderla y retenerla; conviene emplear un lenguaje claro, con pocas frases y cortas, enfatizando los aspectos más relevantes y poniendo ejemplos siempre que se estime oportuno.
4. Valorar las consecuencias emocionales que puede provocar la información en el paciente.

5. Establecer algún tipo de criterio o cuestión que permita verificar si se ha comprendido la información suministrada.

— *Confrontar:* es una competencia que el terapeuta debe aprender a emplear con mesura y tacto, ya que de lo contrario puede tener consecuencias opuestas a los fines que persigue. Consiste en hacer notar al paciente las posibles discrepancias entre lo que dice y lo que hace, entre su conducta y sus emociones, entre lo que piensa y lo que siente. El terapeuta emplea la confrontación para hacer notar al paciente estas incongruencias, ayudarle a reconocerlas y a analizar las razones por las que se dan para poder resolverlas. Este recurso no debe emplearse hasta que no se haya establecido una relación positiva con el paciente. Por tanto, se debe ser cuidadoso a la hora de seleccionar cuándo, cómo y de qué forma utilizar la confrontación, anticipando las consecuencias o reacciones que puede generar, ya que su empleo inadecuado genera actitudes defensivas en el paciente. Las respuestas de los pacientes pueden ser muy variadas y van desde la aceptación real de la incongruencia hasta la aceptación aparente, el desconcierto o confusión con ansiedad y descontrol emocional o la negación total. Para controlar este tipo de reacciones el terapeuta debe mostrar empatía y apoyo.
— *Interpretar:* implica transmitir al paciente el punto de vista del terapeuta, proporcionándole explicaciones sobre las posibles relaciones causales entre sus comportamientos, emociones, pensamientos y acontecimientos. Ello debe favorecer que el paciente adquiera un nuevo punto de vista sobre su problema que le facilite el cambio. El terapeuta no debe realizar interpretaciones hasta que no disponga de toda la información y esté seguro de que el paciente está preparado para comprenderlas y aceptarlas. Por ello, debe utilizar un lenguaje asequible, dedicar tiempo suficiente para realizarlas, verificar que se comprenden, comprobar las respuestas emocionales que generan en el cliente y resaltar los aspectos positivos que se puedan derivar de ellas.

4. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL TERAPEUTA

Las características del terapeuta, sus actitudes y sus competencias básicas son tres de los ingredientes fundamentales para consolidar la relación terapéutica y alcanzar el cambio en el curso de la terapia. Sin embargo, otras habilidades más específicas también son indispensables para el éxito de la terapia. Nos referimos a competencias y destrezas del terapeuta relativas a sus conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos y su capacidad de integrarlos adecuadamente para comprender el problema del cliente, para emitir juicios clínicos adecuados, para elegir correctamente los instrumentos de evaluación, realizar el diagnóstico correcto y seleccionar las técnicas de tratamiento que aplicará, realizar una planificación correcta de éste y resolver los problemas que puedan ir surgiendo a lo largo de la intervención. Pero también nos referimos a la utilización que hace el terapeuta de las diferentes destrezas, básicas y específicas, en cada una de las distintas fases del proceso terapéutico (véase la figura 29.2). Así, en este apartado mencionaremos brevemente algunos de los aspectos más relevantes en relación a las fases del proceso.

— *Primera entrevista.* Los objetivos del terapeuta en la primera entrevista deben ser: crear un clima de confianza y seguridad que permita la apertura del cliente, establecer una relación de cooperación y trabajo, motivar al paciente e identificar su problema. La investigación ha demostrado que la relación que establece el paciente con el terapeuta en la primera entrevista puede llegar a determinar que el cliente persista en la terapia y regrese a las siguientes sesiones, que se establezca la alianza terapéutica inicial con rapidez —aproximadamente entre la tercera y quinta sesiones—, que se

mantenga la alianza a lo largo de todo el proceso y que se obtengan mejores resultados. Empatía, autenticidad, aceptación incondicional, calidez y cordialidad serán fundamentales en esta primera entrevista, pero también será importante proporcionar información sobre la terapia en general, los roles que tienen tanto el terapeuta como el paciente y la necesidad de colaborar para trabajar en equipo. Aunque en un primer momento el clínico deberá permitir que el paciente presente de forma general la demanda por la que acude a terapia, también será necesario que adopte un papel activo explorando aspectos o áreas que parezcan relevantes para la demanda planteada. El empleo de las habilidades básicas de escucha activa, hacer preguntas, clarificación, paráfrasis y síntesis, será fundamental en esta sesión.

— *Fase de evaluación y diagnóstico.* Desde el punto de vista de la terapia cognitivo-conductual serán objetivos de esta fase la identificación, en términos operativos, del problema o problemas del paciente, sus antecedentes y consecuentes y los factores que pueden estar manteniéndolo. Asimismo, se deberán identificar los logros que pretende conseguir el cliente, qué está dispuesto a realizar y de qué recursos dispone para llegar a los resultados que espera lograr. Para alcanzar los objetivos en esta fase, el terapeuta tiene que poner en práctica sus conocimientos adquiridos para realizar una adecuada selección de los métodos e instrumentos de evaluación, deberá emitir juicios clínicos sobre el problema del cliente, realizar un diagnóstico ajustado y motivar al paciente para cumplimentar las tareas que se le vayan asignando. Esta fase terminará cuando el terapeuta proporcione —mediante el análisis funcional— las explicaciones relativas al problema del paciente, con un lenguaje claro y adecuado al mismo, con el empleo de ejemplos, dibujos, esquemas o metáforas cuando así lo estime oportuno y clarificando las dudas o desacuerdos que éste pueda presentar.

— *Fase de planteamiento de objetivos y propuesta de tratamiento.* En esta fase, los objetivos del terapeuta deberán dirigirse hacia la fijación de metas concretas para el tratamiento y la formulación de su propuesta de tratamiento. Aunque explorar la motivación para seguir el plan propuesto será muy importante, mucho más lo será acordar las metas con el cliente. Así, en esta fase, la actitud colaboradora del cliente también será muy importante. Entre las competencias más importantes que tendrá que desplegar el terapeuta, al margen de la adecuada fijación de objetivos y selección de técnicas terapéuticas, están, de una parte, la habilidad de reforzar las propuestas adecuadas y la motivación para alcanzarlas discutiendo las expectativas poco realistas y ajustándolas a las metas. De otra, ayudar al paciente a que acepte las técnicas que se le proponen, dándole explicaciones sobre su utilidad y eficacia.

— *Fase de tratamiento.* El objetivo de esta fase es entrenar y poner en práctica las técnicas de tratamiento seleccionadas para alcanzar las metas propuestas. La duración temporal del tratamiento puede variar sustancialmente de unos clientes a otros, desde unas pocas sesiones hasta tratamientos de larga duración de más de un año. Esto quiere decir que el terapeuta puede llegar a encontrarse con un buen número de situaciones problema a las que deberá hacer frente (Gavino, 1997, 2005). Algunos de estos problemas pueden tener que ver con: el miedo al cambio por parte del paciente, la falta de apoyo y recursos para que se puedan conseguir los resultados esperados, la creencia de que el tratamiento será muy breve o las expectativas irreales respecto a las metas. También pueden aparecer problemas relacionados con el no cumplimiento de las prescripciones, la no realización de tareas intersesiones o la no implicación activa en el proceso de cambio. En el marco de la terapia cognitivo-conductual las tareas para casa tienen un papel muy importante, habiéndose identificado su relevante contribución a los

resultados. Aunque la empatía es muy importante en esta fase, también lo son las habilidades del terapeuta para motivar y reforzar, para proporcionar feedback correctivo y pedir la implicación activa. Además, para facilitar el cumplimiento de las tareas intersesión conviene llevar un orden del día a la sesión en el que conste explícitamente un tiempo para: la revisión de las tareas realizadas y la propuesta de nuevas tareas, analizar las dificultades para su cumplimiento, reforzar los esfuerzos realizados y los logros conseguidos e incrementar la autoeficacia del paciente uniendo la realización de las tareas con los logros que va consiguiendo. La investigación ha mostrado que el tiempo dedicado a la revisión de tareas predice la realización de las tareas para la siguiente sesión (Bryant, Simons y Thase, 1999).

— *Fase de mantenimiento de los cambios y terminación de la terapia.* Serán objetivos de esta fase promover la generalización de los cambios a todo tipo de situaciones, prevenir al cliente ante las posibles recaídas y proporcionarle estrategias para hacerles frente con eficacia. El terapeuta utilizará de nuevo sus habilidades básicas para: realizar una recapitulación de todo el proceso terapéutico, presentar al cliente una síntesis de los cambios logrados, la consecución de las metas y las estrategias aprendidas para alcanzarlas, y le enseñará a identificar señales que le indique que puede estar en riesgo de recaída. Finalmente, decidirán de mutuo acuerdo dar por terminado el tratamiento, programando las sesiones de seguimiento. La terminación de la terapia de mutuo acuerdo será el resultado de una relación empática y fluida a lo largo de todo el proceso y del trabajo conjunto entre terapeuta y cliente en las distintas fases de la intervención.

5. LA SITUACIÓN TERAPÉUTICA

La situación terapéutica en su conjunto constituye uno de los escenarios más complejos de dirigir. En esta situación, las conductas del terapeuta, las del paciente y las interacciones —relación terapéutica— que se establecen entre ambos durante todo el proceso de tratamiento permitirán que se produzca la alianza terapéutica. La investigación ha demostrado que la alianza terapéutica es uno de los componentes importantes de la relación (Castonguay, Constantino y Holtforth, 2006; Hovarth, 2000). Representa los elementos de interacción y colaboración entre uno y otro, siendo ésta una relación bidireccional. La alianza terapéutica, concepto de origen psicodinámico, implica según Bordin (1977) tres componentes que interaccionan:

1. El vínculo o relación emocional entre cliente y terapeuta, que implica simpatía, credibilidad, etc.
2. El consenso y acuerdo entre cliente y terapeuta con relación a las tareas que se van a desarrollar en la terapia y que contribuirán a solucionar el problema del paciente.
3. El consenso y acuerdo con las metas a perseguir a corto y largo plazo y los resultados a obtener.

La investigación también ha constatado que la alianza terapéutica en el proceso de cambio es un potente predictor de los resultados del tratamiento. Cuanto antes se forme la alianza terapéutica y de mejor calidad sea, mejores resultados. Es posible y deseable que el terapeuta consiga combinar sus habilidades y competencias para potenciar que se dé la alianza terapéutica de la forma más temprana posible (generalmente hacia la tercera sesión de terapia; Krupnick et al., 1996), lo que contribuirá a que resuelva de forma exitosa su intervención. Por ello, el terapeuta deberá intentar establecer desde la primera sesión de terapia un marco de trabajo de confianza y colaboración mutua; también deberá tener presente que el curso de la alianza no es lineal ni incondicional a lo largo de todo el proceso terapéutico, pudiendo mejorar o empeorar durante el tratamiento, incluso cuando los resultados son exitosos (Horvarth, 2000). Los componentes relacionados con los posibles tipos de alianza que se pueden dar durante el tratamiento parece que tienen que ver con

diversos elementos. Al inicio de la terapia, la alianza depende de que se desarrolle un marco de trabajo de confianza y colaboración, de que se acepte el tipo de tratamiento y la forma en que se desarrollará y de que se negocien y acuerden los objetivos y metas que se perseguirán. Cuando el tratamiento ya está en marcha, y también hacia el final, el mantenimiento de la alianza terapéutica o la ruptura de ésta dependen de factores tales como: las dificultades relacionadas con la gravedad del problema del cliente, sus características específicas y su grado de implicación en la terapia, las tareas que se le solicitan y su cumplimiento, lo que el paciente espera obtener y que se persigan objetivos generales (cambios en el estado de ánimo) o específicos (adquisición de ciertas habilidades). También, la alianza terapéutica se puede ver modificada por las respuestas emocionales que elicitan la terapia al clínico o la posible desmoralización que le provoque.

Desde el punto de vista clínico, saber que la alianza terapéutica es importante y puede sufrir oscilaciones en el curso de la terapia debe alertar al terapeuta para que mantenga a lo largo de todo el proceso una actitud positiva y empática con su paciente, le implique activamente haciéndole tomar parte de las decisiones, procure que la relación terapéutica se establezca en las primeras sesiones, esté atento a los posibles cambios en la relación y, cuando observe indicios de deterioro, los afronte haciéndoselo notar al cliente. Además, el clínico también debe saber que una buena alianza terapéutica es una condición necesaria pero no suficiente para obtener resultados positivos (véase Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000). Los resultados positivos también dependerán de la bondad de las técnicas terapéuticas que emplee y el grado de competencia con que las administre. Cuando más potentes sean las técnicas empleadas, mejores resultados se obtendrán.

6. EL APRENDIZAJE DE LAS HABILIDADES TERAPÉUTICAS

El aprendizaje de las habilidades terapéuticas debería constituir uno de los ejes fundamentales de la formación que debe recibir el psicólogo clínico, aunque actualmente son escasos los programas de formación que persiguen estos objetivos. Sabemos que, por lo general, las habilidades terapéuticas básicas se adquieren con bastante rapidez a base de adiestramiento y supervisión. Conviene destacar la importancia de estos dos aspectos, entrenamiento y supervisión, ya que todavía hoy son demasiados los graduados que inician su práctica profesional sin ninguna formación de este tipo y muchos menos los que tienen supervisión. La mayoría se inician simplemente por ensayo y error. Para una parte muy importante de ellos, iniciarse en la práctica profesional genera altos niveles de ansiedad, ya que son conscientes de que no han adquirido las competencias necesarias. Por ello, además de los aprendizajes teóricos, metodológicos y técnicos, conviene que el entrenamiento de las habilidades terapéuticas se centre en las áreas que han sido mencionadas por un buen número de profesionales dedicados a la formación y que, para concluir este capítulo, señalamos como sugerencias para aquellos lectores interesados en la práctica de la psicología clínica.

En primer lugar, es importante adquirir las habilidades terapéuticas básicas de escucha y acción que hemos destacado a lo largo de este capítulo. Es necesario aprender a ser empático, cálido o cordial, saber realizar autorrevelaciones oportunas, utilizar el sentido del humor, hacer reflejos o paráfrasis, formular y responder preguntas abiertas o cerradas, realizar confrontaciones o interpretaciones, todo lo cual requiere práctica y supervisión para realizar las modificaciones oportunas a partir del feedback del supervisor. En segundo lugar, conviene adquirir el rol de terapeuta. Ello puede suponer aprender a actuar como profesional más que como colega o amigo, intentando evitar salvar o rescatar al paciente. Este aprendizaje protegerá al terapeuta novel contra sentimientos de culpa frente a aquellos pacientes que no logren los resultados o abandonen prematuramente la terapia. El entrenamiento estructurado debe permitir al terapeuta en prácticas aprender las habilidades para poder establecer una relación de colaboración mutua que facilite la alianza terapéutica positiva. Asimismo, aprender a clarificar las po-

sibles fuentes de malestar del cliente, a explorar sentimientos desagradables, a mantener la atención sobre los temas relevantes y a proporcionar un punto de vista nuevo sobre los problemas favorecerá la adopción del rol de terapeuta. En tercer lugar es necesario adquirir habilidades para trabajar con pacientes difíciles, para abordar el problema de la falta de compromiso por parte del paciente o del no seguimiento de las prescripciones y para actuar en situaciones de crisis o emergencia. En cuarto y último lugar, es necesario aprender a manejar las propias emociones. Para ello, es importante aprender a identificar y controlar los sentimientos de malestar, frustración o aburrimiento que puede generar un paciente, los estresores personales que puedan interferir con la terapia o las conductas o reacciones negativas personales en respuesta a conductas del cliente que puedan generar reacciones adversas.

Finalmente, el terapeuta del futuro debe aceptar el reto de adaptar sus competencias y habilidades a las nuevas demandas. Por ello, será necesario adecuar los programas de entrenamientos a las situaciones nuevas que se generan en el mundo actual. Nos referimos, de una parte, a la necesidad de aprender a trabajar con distintos grupos culturales y sociales (por ejemplo, grupos víctimas de violencia, minorías étnicas) o en distintas situaciones profesionales (por ejemplo, en atención primaria); de otra, a la necesidad de desarrollar y ajustar las destrezas y competencias terapéuticas a nuevas formas de intervención como pueden ser los tratamientos vía web, teléfono o mediante el uso de dispositivos móviles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Costa, M. y López Méndez, E. (2003). *Consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.

Como su título dice, esta monografía aborda la modalidad de tratamiento relativa al consejo psicológico. De gran interés por cómo se abordan cada una de las habilidades y destrezas necesarias para desarrollar una actitud empática y de apoyo, comprender el punto de vista del cliente, comprometerle en la terapia y manejar las distintas situaciones que se puedan generar en el curso de la intervención.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas: Con ejercicios para el profesor. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Cuaderno de ejercicios para el alumno.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Estas dos monografías constituyen una herramienta práctica para aprender las habilidades básicas y de acción. Ofrecen un buen número de ejercicios que permitirán al estudiante aprender a manejar tanto las destrezas básicas de escucha como las de acción.

Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual.* Madrid: Pirámide.

En esta guía se describen los pasos a seguir en el proceso de intervención. Además, se recoge 36 situaciones problema que se pueden dar en el curso de la terapia cognitivo-conductual y las habilidades terapéuticas y técnicas que puede emplear el clínico para resolverlas.

Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas.* Madrid: Fundación Universidad Empresa.

En esta monografía se resaltan, a través de los distintos capítulos, las habilidades y destrezas que se necesitan para la práctica de la terapia cognitivo-conductual. Se destacan algunas de las habilidades que facilitan la relación terapéutica y se describen distintas estrategias que puede utilizar el terapeuta para manejar a los pacientes difíciles.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Son características prerrequisitas para ser un terapeuta competente:

a) Calidez, flexibilidad y cordialidad.
b) Empatía, autenticidad y honestidad.
c) Buen ajuste psicológico, amplia experiencia vital e interés por las personas.

2. Las variables más importantes relacionadas con el cumplimiento por parte del cliente de las tareas intersesión son:

a) El nivel educacional del cliente y su motivación para el cambio.
b) La motivación para el cambio y las estrategias que emplea el clínico para prescribir tareas.
c) La motivación para el cambio y la gravedad del problema del cliente.

3. Las competencias básicas de escucha que debe tener un terapeuta para conseguir recabar información precisa del paciente son:

a) Clarificación, reflejo, síntesis y paráfrasis.
b) Clarificación, interpretación, información y reflejo.
c) Clarificación, preguntar, paráfrasis y confrontación.

4. El empleo inadecuado de la confrontación por parte del terapeuta se da cuando éste:

a) Hace notar al cliente sus incongruencias entre lo que dice y hace.
b) Hace notar al cliente sus incongruencias al final de la primera entrevista.
c) Hace notar al cliente sus incongruencias para que las reconozca y las analice.

5. Con relación al tipo de preguntas que puede hacer el terapeuta:

a) Las abiertas son exploratorias y permiten motivar al cliente.
b) Las cerradas son las que ponen al cliente más a la defensiva.
c) Las cerradas se realizan para obtener más información y motivar al cliente.

6. La interpretación:

a) Es una competencia de comunicación que utiliza el terapeuta para mostrar al cliente sus desacuerdos respecto al motivo de consulta.
b) Es una competencia de acción que debe emplear el terapeuta cuando disponga de toda la información.
c) A y B son incorrectas.

7. Entre las acciones que puede realizar el terapeuta para incrementar el cumplimiento de las tareas intersesión están:

a) Dedicar un tiempo en cada sesión a revisar las tareas y analizar las dificultades de los incumplimientos.
b) Reforzar los esfuerzos realizados y los logros conseguidos.
c) A y B son acciones que puede realizar el terapeuta.

8. Entre las variables que desempeñan un papel importante en la primera entrevista para que el cliente persista en la terapia y vuelva a la siguiente sesión están:

a) Crear un clima de confianza, proporcionar información sobre la terapia y establecer una relación de colaboración.
b) Crear un clima de confianza, emplear las habilidades básicas de acción para centrar el problema y establecer una relación de colaboración.

c) Crear un clima de confianza, emitir juicios clínicos sobre el problema y modificar las expectativas inadecuadas.

9. Con relación a la alianza terapéutica:

a) Se debe potenciar que se consolide en la primera sesión.
b) Una vez que se consolida, es incondicional.
c) Implica la relación emocional que se da entre paciente y terapeuta.

10. Los factores que pueden influir en que se produzca una ruptura en la alianza terapéutica son:

a) El grado de implicación en la terapia y las expectativas de resultado del cliente.
b) La gravedad del problema y la escasa mejoría conseguida.
c) A y B son factores que pueden influir en la ruptura de la alianza.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	b	a	b	a	b	c	a	c	c

Nuevas tecnologías al servicio de la intervención

30

CRISTINA BOTELLA
ROSA BAÑOS
A. GARCÍA-PALACIOS
SOLEDAD QUERO

1. INTRODUCCIÓN

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) están teniendo una aceptación cada vez mayor en el ámbito de la psicología clínica debido al enorme potencial que ofrecen. La idea de mejorar las técnicas de tratamiento existentes cobra más relevancia desde la creación de la *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* por la Society of Clinical Psychology (Div. 12) de la American Psychological Association (APA). En 1995, la APA creó una guía clínica para la validación de los tratamientos psicológicos (*Task Force on Psychological Interventions Guidelines,* APA, 1995). Esta guía incluía dos ejes para la evaluación de los tratamientos psicológicos (Barlow, Levitt y Bufka, 1999): el eje 1 (eje de la eficacia o validez interna) requiere estudios empíricos rigurosos para evaluar la eficacia de los tratamientos. El eje 2 (utilidad clínica o validez externa) hace referencia a la importancia de evaluar en qué medida la intervención será efectiva en el ámbito clínico en el que va a ser aplicada. Esto supone considerar factores como la viabilidad de la intervención a través de pacientes y contextos, la generalizabilidad de la aplicación de la intervención en varios contextos y los costes y beneficios asociados a la administración de la intervención.

Hemos avanzado mucho en los últimos años con respecto al eje 1. La perspectiva cognitivo-comportamental ha sometido a prueba con éxito la eficacia de la mayoría de las técnicas terapéuticas que utiliza; no obstante, todavía se puede avanzar en este campo. Por otra parte, un reto importante en estos momentos es poner a prueba su utilidad clínica (eje 2). Es decir, conseguir que esas técnicas puedan ser aplicadas a la mayoría de personas que las necesiten. Las nuevas tecnologías pueden ayudar en esta labor. Tomemos como ejemplo la técnica de exposición. Pese al gran número de estudios que demuestran su eficacia, alrededor de un 25 por 100 de los pacientes a los que se les propone un tratamiento de exposición lo rechazan o abandonan (Marks, 1987). Puede ser que esos pacientes encuentren la técnica excesivamente aversiva, ya que supone enfrentarse a eso que tanto temen. Es posible que desarrollando nuevas formas de aplicar la técnica de exposición consigamos disminuir el número de pacientes que no se benefician de ella. Desde nuestro punto de vista, las TIC pueden ayudar a conseguir nuevas formas de aplicar las técnicas terapéuticas con el fin de mejorar su eficacia y/o su efectividad.

Las TIC que se han utilizado en el ámbito de los tratamientos psicológicos incluyen la simulación mediante realidad virtual, la realidad aumentada, la virtualidad aumentada, el uso de Internet y el empleo de dispositivos móviles, la computación persuasiva y la computación ubicua, la inteligencia ambiental, etc. En este capítulo nos vamos a centrar, básicamente, en el uso de la realidad virtual como herramienta terapéutica. Sin embargo, antes comentaremos brevemente algunos aspectos de estas otras tecnologías.

El uso de Internet en el ámbito de la psicología clínica tiene una serie de ventajas que hacen que esta tecnología pueda resultar atractiva: la posibilidad de incrementar la frecuencia de contacto con los usuarios, de diseñar programas más personalizados e interactivos o de mantener y potenciar la motivación y la adherencia a las prescripciones terapéuticas a largo plazo. También es importante señalar que Internet puede ayudar a la hora de aplicar y diseminar los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Por ejemplo, personas que no pueden acudir físicamente a los centros de salud mental podrían recibir ayuda por medio de la red. Lo mismo cabe señalar respecto al reciclaje continuado y la formación de los clínicos. A este respecto conviene subrayar la necesidad de que los programas de tratamiento aplicados mediante Internet sean validados empíricamente antes de ponerlos a disposición de los usuarios. Nuestro grupo ha desarrollado y sometido a prueba dos programas aplicados mediante Internet para el tratamiento del miedo a hablar en público y de fobias específicas a animales pequeños (ratas, cucarachas y arañas), que pueden ser totalmente autoaplicados por el usuario y no necesitan de la intervención de un terapeuta «físico», ya que el propio programa se convierte en el «terapeuta», ofreciendo toda la información y ayuda que necesita la persona para afrontar su problema (Botella, Guillen et al., 2007). Se puede acceder al programa en la página: www.internetmeayuda.com.

Respecto a los dispositivos móviles, como la utilización de ordenadores portátiles, agendas personales (PDA) o teléfonos móviles, ya hay estudios que señalan su utilidad para realizar tareas de evaluación y de tratamiento. En el ámbito de la evaluación, se han subrayado sus ventajas y potencialidades como instrumentos para recoger información diaria que permita hacer una evaluación clínica pormenorizada y detallada que resulte más fiable. En este sentido, el autorregistro realizado mediante diarios electrónicos presenta grandes ventajas frente a la evaluación retrospectiva, ya que estos dispositivos permiten recoger gran cantidad de datos en tiempo real y de forma rigurosa. También se están utilizando este tipo de dispositivos para enviar mensajes e información a los pacientes que les pueda ayudar, recordar o motivar a aplicar las prescripciones terapéuticas dadas en consulta.

Por último, nos gustaría describir algunas de las últimas innovaciones tecnológicas que ya se están utilizando y que combinan distintas TIC antes de pasar a desarrollar el tema principal de este capítulo:

a) *Inteligencia ambiental:* este término se refiere a la utilización de diferentes dispositivos tecnológicos (PDA, distintos tipos de sensores, teléfonos móviles, Internet) con el fin de obtener información continua y relevante del paciente en el contexto real, en tiempo real, y, mediante el uso de aplicaciones informáticas y de comunicación, transferir dicha información al clínico, almacenarla en una base de datos, ordenarla, simplificarla y gestionarla de modo que el clínico pueda recibir la que le resulte útil para ayudar al paciente de forma eficaz, en un momento y situación específicos.
b) *Computación persuasiva*: se trata de sistemas de computación orientados a cambiar y reforzar conductas adaptativas, utilizando para ello tanto soportes técnicos «convencionales» como mensajes de texto, audio, imágenes, vídeo, así como escenarios virtuales (por ejemplo, mundo virtual para aprendizaje y práctica de habilidades).
c) *Computación ubicua:* este término se refiere a la utilización de aplicaciones informáticas y de comunicación que permiten que el sistema sea accesible en cualquier momento y en cualquier lugar, tanto para el paciente como para el clínico.

Como ya hemos señalado, este capítulo se centrará en la utilización de la realidad virtual en psicología clínica. En el siguiente epígrafe se explica brevemente en qué consiste la realidad virtual y se describen algunas de las aplicaciones realizadas por nuestro grupo en el campo de los tratamientos psicológicos.

2. REALIDAD VIRTUAL INMERSIVA Y APLICACIONES EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

La realidad virtual es una tecnología que permite crear ambientes tridimensionales generados por ordenador en los que es posible interactuar en tiempo real con cualquier objeto o con cualquier ser. Esta tecnología constituye una compleja interfaz de usuario que engloba simulaciones e interacciones a través de múltiples canales sensoriales (visual, auditivo, táctil, olfativo, etc.). La característica esencial de la realidad virtual es que permite simular la realidad y posibilita al usuario la sensación de «estar» en esos ambientes sintéticos, lo que se ha denominado el sentido o la sensación de «presencia». Desde un punto de vista psicológico, esta sensación de estar en un lugar «virtual» y de poder tener «ahí» una experiencia significativa y relevante cobra una gran importancia, ya que abre la posibilidad de utilizar los contextos virtuales como potentes herramientas terapéuticas que ayudan a la persona a cambiar, a la vez que la protegen mientras se produce el cambio. En definitiva, se trata de modificar conductas, pensamientos y emociones por medio de experiencias virtuales «especiales», diseñadas y adaptadas a las necesidades de la persona, con el objetivo de promocionar, facilitar y potenciar el proceso de cambio (Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998). Por esta razón, no sorprende que en los últimos años se haya extendido su utilización en el campo de los tratamientos psicológicos. Aunque queda aún camino por recorrer, lo cierto es que, por lo que se refiere a la psicología clínica, tal y como se recoge en los trabajos de revisión (Botella, Quero et al., 2004; Krijn, Emmelkamp, Olafsson y Biemond, 2004; Pull, 2005), se ha progresado de forma notable, llegando a ser una herramienta que ya utilizan bastantes clínicos.

El continuo realidad-virtualidad propuesto por Milgram, Takemura, Utsumi y Kishino (1994) nos puede ayudar a entender mejor en qué consiste la realidad virtual y en qué se diferencia de otras tecnologías como la realidad aumentada o la virtualidad aumentada. En un extremo del continuo se encuentra el *ambiente real,* el cual, obviamente, no está en absoluto «modelado», mientras que en el otro extremo se sitúa el *ambiente virtual,* que está totalmente «modelado». La realidad aumentada estaría más cerca del mundo real, ya que el usuario ve el mundo real, pero en este mundo real se colocan o superponen objetos o elementos tridimensionales que forman parte de lo que el usuario está viendo (por ejemplo, introducir imágenes virtuales en el mundo real que proporcionen feedback al usuario acerca de cómo está dando una charla). Por último, la virtualidad aumentada consistiría en un ambiente virtual en el que se introducen estímulos reales (por ejemplo, introducir el olor de una hamburguesa en un ambiente virtual que se utiliza para superar el impulso de comer en una persona que sufre de trastorno por atracón; o una barandilla en la que puede apoyarse el paciente en un contexto virtual acrofóbico). Tanto la realidad aumentada como la virtualidad aumentada tienen una característica fundamental: *mezclar realidades,* y esto, sin duda, implica grandes potencialidades para la terapia. Se puede afirmar que la realidad aumentada y la virtualidad aumentada complementan la realidad en lugar de sustituirla completamente, como hace la realidad virtual. El aspecto central de la realidad aumentada es que los elementos virtuales que se superponen proporcionan información adicional y relevante a lo que está viendo el usuario con el objetivo de ayudarle. En estos momentos, se está sometiendo a prueba la eficacia y la utilidad de todas estas tecnologías en distintos ámbitos (por ejemplo, educación y aprendizaje, medicina, tratamientos, etc.). Nuestro grupo ha desarrollado y sometido a prueba un sistema de realidad aumentada para el tratamiento de la fobia a animales pequeños (Botella et al., 2005). En la figura 30.1 puede verse un ejemplo de una aplicación del sistema a un paciente con esta fobia y en la página www.labpsitec.es se puede encontrar información adicional sobre el sistema.

Por lo que se refiere específicamente a las aplicaciones de la realidad virtual, actualmente ya hay muchos trabajos que han puesto de manifiesto la utilidad de esta herramienta para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Botella, Quero et al., 2004; Krijn et al., 2004; Pull, 2005). En este ámbito, el mayor número de trabajos se ha centrado en el tra-

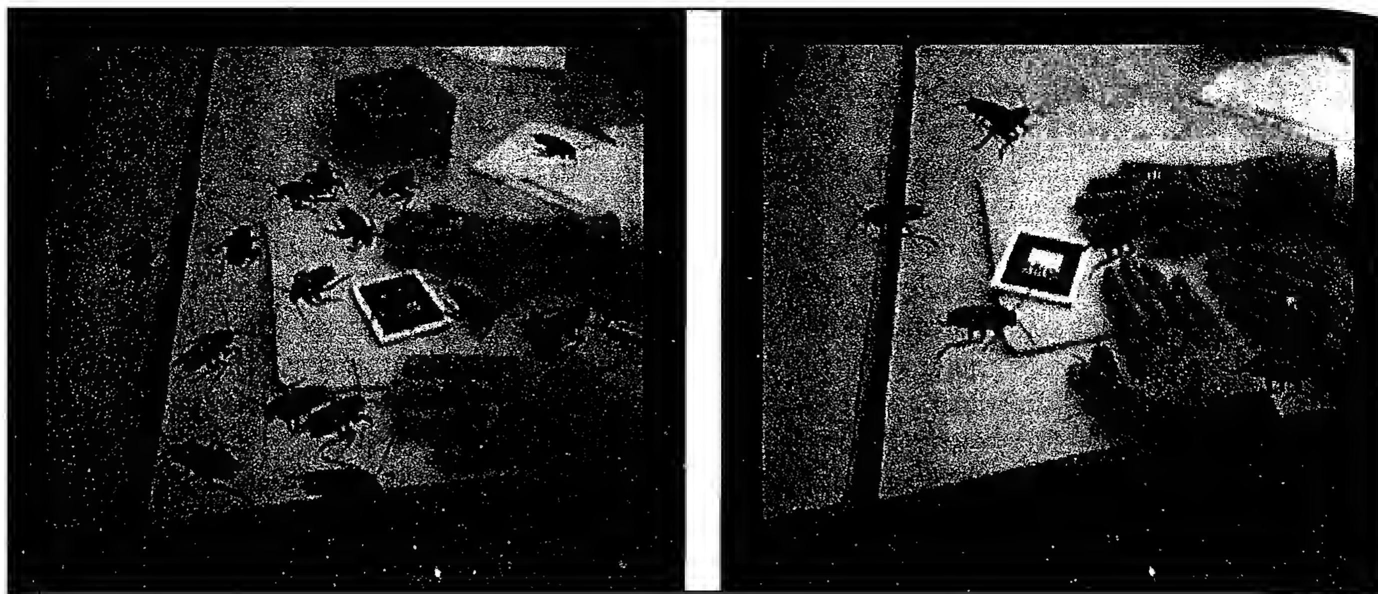


Figura 30.1.—Cucarachas virtuales en el mundo real. En la primera imagen el terapeuta se expone a las cucarachas ante el paciente; en la segunda imagen el paciente se atreve también a exponerse al estímulo fóbico.

tamiento de las fobias. Las razones que podrían explicar que se empezara a trabajar en este problema son, por una parte, porque una fobia es un problema más específico y sencillo de abordar que, por ejemplo, una depresión y, por tanto, esto facilitaba el diseño de ambientes virtuales que simularan las situaciones evitadas por las personas. Por otra, porque la realidad virtual ofrece una serie de ventajas sobre la técnica de exposición en vivo (tratamiento de elección para las fobias específicas) y sobre la exposición en imaginación (Botella et al., 1998; Botella, Quero et al., 2004). Como se ha señalado en la introducción, uno de los problemas más importantes que plantea la técnica de exposición en vivo es que un 25 por 100 de los pacientes rechazan o abandonan el tratamiento, debido, entre otras razones, a que encuentran el afrontamiento del estímulo temido demasiado aversivo. En este sentido, una importante ventaja de la realidad virtual es el grado de control que permite a la hora de llevar a cabo la exposición, con la consiguiente seguridad que ello puede proporcionar al paciente. Se puede ajustar de forma muy precisa la gradación de los estímulos temidos. También permite repetir la misma tarea de exposición una y otra vez ajustándose a las necesidades específicas de cada paciente y permitiendo el sobreaprendizaje. Por ejemplo, un paciente con fobia a volar puede exponerse a una situación concreta del vuelo (por ejemplo, aterrizar) varias veces en una sola sesión sin cambiar los acontecimientos que suceden durante el despegue (por ejemplo, es de noche y está lloviendo). Otra ventaja es que no es necesario salir de la consulta para realizar tareas de exposición, con el ahorro de tiempo que ello supone. Este hecho también favorece aspectos éticos como la privacidad y confidencialidad, ya que no es necesario que el paciente se arriesgue a mostrar sus síntomas en lugares públicos (por ejemplo, tener un ataque de pánico en un centro comercial). Además, se puede organizar la presentación de las situaciones temidas según las necesidades del paciente y sin esperar a que éstas sucedan en la vida real (por ejemplo, es posible disponer de un supermercado lleno de gente simplemente apretando un botón, sin esperar a que sea sábado, o tener una audiencia ante la que el paciente tiene que hablar). Por último, comparada con la técnica de exposición en imaginación, la exposición por medio de la realidad virtual es más inmersiva, ya que en esta tecnología se estimulan canales visuales, auditivos, etc., y también constituye una alternativa de tratamiento muy útil para las personas que tienen poca capacidad de imaginar.

Además, y relacionado con las tasas de rechazo o abandono del tratamiento de exposición ya men-

cionadas, el hecho de que estas situaciones no sean «reales» puede favorecer que los pacientes acepten mejor la exposición. En este sentido, en un estudio inicial realizado por nuestro grupo, al preguntar a una muestra de personas que puntuaban alto en un cuestionario de miedo a las arañas por sus preferencias acerca de la exposición en vivo versus la exposición virtual, la gran mayoría (alrededor del 85 por 100) elegían la exposición virtual. Recientemente se han replicado estos resultados con población clínica diagnosticada de diversas fobias específicas. El 76 por 100 de pacientes eligieron el tratamiento mediante realidad virtual. Además, la mayoría de participantes eligieron el tratamiento con realidad virtual porque manifestaron que llevarlo a cabo en vivo les resultaría más aversivo (García-Palacios, Botella, Hoffman y Fabregat, 2007).

Las posibles ventajas que podía suponer esta herramienta nos animaron a poner en marcha una línea de investigación centrada en este campo. Concretamente, nuestro grupo ha desarrollado y puesto a prueba sistemas de realidad virtual para el tratamiento de diversas fobias específicas. Diseñamos un sistema de realidad virtual para el tratamiento de la claustrofobia con buenos resultados (Botella, Baños, Perpiñá, Villa et al., 1998; Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000). Los resultados apoyan la eficacia de la exposición por medio de la realidad virtual para el tratamiento de este problema. Además, las ganancias se mantuvieron en un seguimiento realizado a los tres meses y también se observaron generalizaciones a otras conductas fóbicas y agorafóbicas no específicamente tratadas. Nuestro mundo virtual para el tratamiento de la claustrofobia incluye varios escenarios: una habitación grande con ventanas, persianas y puertas que se pueden cerrar y abrir, una habitación sin ventanas en la que es posible reducir el tamaño moviendo sus paredes y bloquear a voluntad la salida; y un ascensor en el que también es posible reducir el tamaño y generar situaciones temidas específicas como una avería. Todo ello realmente difícil, si no imposible, de hacer en la realidad.

También hemos obtenido resultados positivos en el tratamiento de la fobia a volar (Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004). Después del tratamiento todos los participantes mostraron una reducción del miedo, evitación y creencia en los pensamientos catastróficos y, lo más importante, los resultados se mantuvieron en un seguimiento realizado al año.

En colaboración con Hoffman, también hemos trabajado en el uso de la realidad virtual para el tratamiento de otra fobia específica, la fobia a las arañas. Concretamente realizamos un estudio controlado en el que se puso a prueba la exposición virtual para la fobia a estos animales comparándola con un grupo control de lista de espera. Los resultados mostraron que la realidad virtual era más eficaz que la condición control (García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002).

A partir de todos estos resultados, nos planteamos trabajar con trastornos más complejos y desarrollamos un sistema de realidad virtual para el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia. Diseñamos algunos de los contextos que generalmente temen los pacientes que padecen estos problemas: un centro comercial, un supermercado, un autobús, un metro o tren y un túnel. El sistema, además, permite llevar a cabo exposición interoceptiva, ya que es capaz de simular una serie de sensaciones generalmente por medio de efectos especiales visuales (por ejemplo, visión de túnel o visión borrosa) y sonoros (por ejemplo, palpitaciones o respiración acelerada). De esta forma, es posible realizar de forma simultánea la exposición a los estímulos temidos externos (las situaciones presentadas en los escenarios virtuales) e internos (las simulaciones de las sensaciones interoceptivas que genera el propio sistema u otros posibles ejercicios clásicos de exposición interoceptiva) en un lugar seguro. Hemos obtenido buenos resultados en un estudio controlado que compara la eficacia de la exposición en vivo, la exposición virtual y un grupo control de lista de espera. Los datos indican que la exposición virtual y la exposición en vivo son igualmente eficaces para el tratamiento de este trastorno, mostrándose ambas condiciones superiores a la condición de lista de espera (Botella, García-Palacios et al., 2007).

Estos resultados nos animaron a mejorar las aplicaciones de realidad virtual para poder tratar otros trastornos de ansiedad más complejos como el tras-

torno de estrés postraumático (TEPT). No obstante, a la hora de abordar este problema, vimos la necesidad de desarrollar sistemas de distintos ambientes en los que la simulación de la realidad no era el aspecto central, ya que el TEPT no es un problema tan específico como los anteriores. Abordaremos esta cuestión más adelante.

Por último, nuestro grupo también ha desarrollado sistemas de realidad virtual para el tratamiento de otros trastornos psicológicos distintos de los trastornos de ansiedad. Así, por una parte, hemos llevado a cabo varios trabajos en los que investigamos el uso de esta herramienta para el tratamiento de los trastornos alimentarios, y más específicamente para la intervención en el tratamiento de los problemas de imagen corporal. Pensábamos que la realidad virtual podría ser útil a la hora de trabajar la imagen corporal alterada que muchas veces presentan las personas que sufren de anorexia o bulimia nerviosa. Esta tecnología permite apresar y manejar un constructo mental tan difícilmente objetivable como es la imagen corporal. Además, mediante esta tecnología es posible representar una figura corporal en tres dimensiones en un entorno inmersivo y la persona siente que «está ahí» modelando su propio cuerpo y enfrentándose a él. El sistema está compuesto por seis escenarios virtuales: la habitación de entrenamiento, la cocina y balanza virtual, la sala de exposiciones, la sala de los dos espejos y la sala del cuerpo en el espacio. Ha demostrado su eficacia en un estudio controlado (Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero, 1999) en el que se comparó la condición de realidad virtual con un programa de tratamiento cognitivo-comportamental tradicional para la mejora de la imagen corporal en una muestra clínica. Los resultados mostraron una mejoría significativa en todas las participantes al finalizar el tratamiento. No obstante, las participantes incluidas en la condición de realidad virtual mostraron una mejoría significativamente mayor en medidas de psicopatología general, de psicopatología de trastornos alimentarios y en medidas específicas de imagen corporal. Además, los resultados pusieron de manifiesto que la realidad virtual también se mostraba útil en el tratamiento de estos trastornos a la hora de trabajar con la baja motivación hacia la terapia que suelen presentar este tipo de pacientes; éstas se mostraban menos reacias a afrontar sus temores relacionados con la figura y el peso; veían al ordenador como un «juez imparcial» y, en consecuencia, se mostraban más proclives a aceptar los juicios de este «juez imparcial» respecto a los problemas que presentaban. Más recientemente, hemos desarrollado un sistema de realidad virtual para el tratamiento de la obesidad y se está sometiendo a prueba en población obesa y en personas que padecen de trastorno por atracón.

Otra área en la que estamos trabajando utilizando realidad virtual es en el tratamiento de una adicción no tóxica, el juego patológico. El sistema dispone de una calle desde la que se puede acceder a distintas situaciones relacionadas con el juego: un casino donde jugar al bingo o a la ruleta y un bar donde jugar a las máquinas tragaperras. Estos contextos sirven para confrontar al paciente con los estímulos que generan el impulso de jugar y, a la vez, aprender y practicar destrezas para superar el impulso: terapia cognitiva, habilidades sociales, etc. Los resultados premilitares obtenidos en series de casos son alentadores, indicando que la realidad virtual puede ser una herramienta útil para el tratamiento de este problema.

En suma, nuestros datos, al igual que los obtenidos por otros investigadores, ponen de manifiesto que la exposición por medio de la realidad virtual es tan eficaz como la técnica de elección para el tratamiento de las conductas de evitación, esto es, la exposición en vivo. Además, los logros obtenidos en los escenarios virtuales se generalizan a las situaciones reales y se mantienen a largo plazo.

Ahora bien, la mayoría de los sistemas de realidad virtual disponibles en la actualidad en el campo de los tratamientos psicológicos (incluidos todos los que acabamos de describir) son sistemas cerrados que han sido diseñados para resolver un problema específico (la acrofobia, la claustrofobia, la fobia a volar, el trastorno de pánico y la agorafobia, etc.) y que difícilmente se pueden utilizar para tratar otros problemas diferentes de aquellos para los que fueron pensados.

Con esta misma lógica se han desarrollado muchos de los sistemas de realidad virtual existentes

para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Son sistemas focalizados en el tratamiento de poblaciones concretas, personas que han sido víctimas de un mismo acontecimiento traumático: por ejemplo, veteranos de la guerra del Vietnam (diseñado por el grupo de Rothbaum) o víctimas del 11 de septiembre (diseñado por el grupo de Difedee y Hoffman) o de la guerra de Irak (diseñado por el grupo de Rizzo). Desde esta perspectiva, la lógica es muy similar a la ya descrita en el caso de la utilización de la realidad virtual para otros trastornos de ansiedad: el escenario virtual pretende simular el acontecimiento traumático y es muy parecido para todos los pacientes, ya que todos ellos han sido víctimas de un acontecimiento traumático concreto. Sin embargo, esta perspectiva puede tener importantes limitaciones para el tratamiento del TEPT, ya que las personas que desarrollan este trastorno pueden haber pasado por experiencias traumáticas muy diferentes (por ejemplo, violación, maltrato físico o psicológico, terrorismo, accidente de tráfico, abuso sexual en la infancia, tsunami, inundación, etc.). En consecuencia, para poder llegar a todos los pacientes que padecen un TEPT, un clínico que deseara utilizar realidad virtual necesitaría disponer de una gran cantidad de ambientes virtuales.

Una aproximación alternativa sería disponer de sistemas virtuales abiertos, más flexibles y adaptables, que pudieran evocar distintos acontecimientos traumáticos, para poder tratar a distintas víctimas de TEPT. Con este objetivo en mente, nuestro grupo ha desarrollado una aplicación que sigue una lógica distinta de la que acabamos de exponer, y en la que se propone dar un paso más en el uso de los sistemas de realidad virtual. Nuestro objetivo ha sido diseñar mundos virtuales que se adapten a las necesidades del usuario, y con esta finalidad hemos desarrollado un sistema de realidad virtual muy versátil, un *dispositivo adaptable* (que hemos llamado «El mundo de EMMA») que puede ser útil para tratar a diferentes víctimas de acontecimientos traumáticos. En el siguiente epígrafe se define con más detalle qué es un *dispositivo adaptable* y se ofrece una descripción de «El mundo de EMMA».

3. LOS DISPOSITIVOS ADAPTABLES *(ADAPTIVE DISPLAYS)*: EL SISTEMA EMMA

Un dispositivo adaptable se puede definir como un dispositivo que puede ajustar su presentación y acciones a los objetivos inmediatos y capacidades del usuario. Dependiendo de las tareas que dicho usuario realiza, se suelen distinguir dos tipos de adaptabilidad: adaptación en los modos de interacción con el sistema y adaptación en el contenido de éste. «El mundo de EMMA» se incluye en el segundo tipo y, más concretamente, se puede decir que es un dispositivo adaptable que reacciona al afecto. Este sistema se desarrolló en el marco de un proyecto financiado por la Unión Europea *(Engaging Media for Mental Health Applications)* (IST-2001-39192) y consiste en un mundo virtual que permite actuar de modo flexible para tratar distintos problemas psicológicos. En el caso concreto del TEPT, «El mundo de EMMA» se utiliza para ayudar a activar y procesar las emociones y cogniciones asociadas al trauma, para llevar a cabo la exposición a todo aquello que pueda estar relacionado con el acontecimiento traumático y también para facilitar la reestructuración cognitiva de los aspectos relacionados con el trauma. En este mundo virtual, el terapeuta y el paciente pueden representar «físicamente» la experiencia sufrida por el paciente de acuerdo con las necesidades terapéuticas específicas que tenga cada persona, utilizando para ello un conjunto muy amplio de elementos: imágenes, objetos 3D, sonidos especiales, música, etc. La lógica subyacente parte, por un lado, de los planteamientos de Foa y Kozak (1986) acerca de las estructuras patológicas de miedo y la necesidad de activarlas lo más completamente posible para que el procesamiento pueda tener lugar, y, por otro, de la teoría de codificación dual propuesta por Paivio (1971) en la que se defienden dos distintas formas de representar el conocimiento atendiendo a los códigos analógico (imágenes) y simbólico (palabras). Desde nuestro punto de vista, todos estos elementos que se incluyen en «El mundo de Emma» pueden ayudar a que se produzca de forma más eficaz el procesamiento de la información y, por tanto, ayudar también a lo-

trar el cambio cognitivo, emocional y comportamental.

Los principales elementos de «El mundo de EMMA» son la habitación, el libro de la vida y los distintos ambientes virtuales que pueden hacer cambiar en tiempo real todo el sistema. La habitación de EMMA es una estructura arquitectónica abierta, sin paredes, que contiene distintos elementos. Por un lado, aquí se encuentra la «base de datos», una pantalla virtual que contiene los elementos anteriormente nombrados entre los que el usuario puede elegir y manipular (objetos 3D, música, sonidos especiales, imágenes, luces de colores, videoclips, textos, etc.). Estos elementos se activan al depositarlos sobre unas peanas que están distribuidas por la habitación. El paciente puede elegir el o los elementos que mejor reflejen sus emociones y pensamientos relacionados con el trauma, de modo que se pueda anclar la experiencia virtual a la historia personal del paciente. Además, en «El mundo de EMMA» el paciente también puede introducir otros elementos significativos que él mismo puede traer a terapia (por ejemplo, fotografías personales) y que fácilmente se pueden incorporar al sistema. En cuanto al libro de la vida, consiste en un libro virtual en el que el paciente puede incluir todos aquellos elementos que le ayuden a representar los momentos, las personas o las situaciones de su vida más relevantes relacionados con la experiencia traumática o negativa. Este libro sigue el índice que establezca el paciente, y sus capítulos son definidos y completados también por él con la ayuda del terapeuta.

Por otra parte, «El mundo de EMMA» contiene diferentes ambientes exteriores o paisajes. Siguiendo la misma lógica, estos paisajes fueron diseñados con la finalidad de ayudar a evocar e inducir distintas emociones en el usuario: un prado verde y luminoso (que podría ayudar a inducir alguna emoción positiva, por ejemplo alegría), una playa (que suele asociarse a relajación), un lugar solitario y brumoso cubierto de nieve (que suele ser útil para inducir tristeza), un desierto (que puede ser útil para reflejar ira o enfado) y un bosque lleno de zarzas que pueden invadirlo todo (que se suele utilizar para evocar ansiedad y miedo). No obstante, la elección de un paisaje u otro en terapia siempre dependerá del tipo de emoción particular que un determinado ambiente evoque para cada paciente, ya que obviamente puede haber diferencias individuales. Además, el terapeuta puede modificar en tiempo real distintos aspectos del sistema (por ejemplo, la hora del día, que llueva, que haya niebla, que aparezca el arco iris, etc.) con la finalidad de reflejar, aumentar o inducir las emociones que el usuario está experimentando en cada momento. Diversas imágenes de «El mundo de EMMA» están disponibles en la página http://www.labpsitec.es.

En suma, los diferentes elementos ya mencionados y los paisajes de «El mundo de Emma» están diseñados para ayudar al paciente a confrontar, aceptar y manejar las emociones y las experiencias negativas que ha tenido previamente en su vida y que ahora se pueden trabajar en un lugar «atemporal» y en un contexto terapéutico seguro. El objetivo de todo el sistema es, por una parte, ayudar al paciente a evocar, revivir, procesar y reestructurar el pasado y, por otra, ayudarle también en la tarea de abrir el futuro.

«El mundo de Emma» también implica las ventajas de los sistemas virtuales tradicionales que simulan la realidad ya señaladas anteriormente. Con este dispositivo adaptable el terapeuta y el paciente pueden representar de forma concreta la experiencia sufrida de acuerdo con las necesidades particulares de la terapia. Además, en el caso específico del TEPT, la utilización de un ambiente virtual como éste tiene ventajas añadidas. Por una parte, puede ayudar a superar las limitaciones de la exposición en imaginación prolongada que, aun constituyendo el tratamiento de elección para este problema en la actualidad, debido a que se considera bastante aversiva, es infrautilizada en la práctica clínica habitual (Becker, Zayfert y Anderson, 2004). También puede ayudar a superar el problema referente a la escasa capacidad para imaginar que algunos pacientes pueden presentar.

«El mundo de EMMA» se desarrolló para tratar a personas víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos con diagnóstico de TEPT y los resultados preliminares son positivos (Botella et al., 2006). Sin embargo, su uso ya se ha ampliado para abordar

otros problemas psicológicos en los que, al igual que en el TEPT, las emociones desempeñan un papel importante y que se caracterizan por la presencia de un acontecimiento negativo o estresante como desencadenante del problema, como es el caso de los trastornos adaptativos (por ejemplo, pérdida de un trabajo, un divorcio) y el duelo patológico. Dada su versatilidad, también hemos utilizado el sistema con éxito para tratar otros problemas, como la fobia a las tormentas en una persona de 70 años que no tenía ninguna familiaridad con los ordenadores o la fobia a la oscuridad en niños. A continuación se presenta una descripción de la aplicación de «El mundo de EMMA» en un caso de duelo patológico.

4. LA APLICACIÓN DEL MUNDO DE EMMA EN UN CASO DE DUELO PATOLÓGICO

La paciente es una mujer de 46 años y se llama María. Es viuda y vive con su hija de veinte años. Trabaja como enfermera en un gran hospital. Acude al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I a petición de su hija, que estudia en la universidad y tiene buenas referencias del servicio. En la primera entrevista declara sentirse extremadamente triste, muy irritable y con dificultades para concentrarse. Dice que no puede dejar de pensar en la muerte de su marido, que ocurrió hace tres años, y que no entiende por qué ahora vuelve a pensar tanto en él y a sentirse tan triste. Su marido falleció tras padecer cáncer durante varios años. María se hizo cargo del cuidado de su esposo, especialmente durante el último año. Indica haberse sentido muy culpable tras su muerte, porque lo único que pudo sentir en principio fue alivio. María volvió a trabajar y a hacer su vida normal tres días después del fallecimiento de su marido. Además de trabajar en el hospital, se matriculó en un máster y comenzó otras distintas actividades. Como estaba muy preocupada por su hija, se volcó en que superara la muerte de su padre. Acabó el máster hace unos nueve meses y en la entrevista indica que, desde entonces, vuelve a acordarse mucho de su marido, lo que le causa gran tristeza, le dificulta tanto el sueño y la concentración que ha tenido que faltar al trabajo en varias ocasiones. Está perdiendo el interés en actividades sociales y de ocio y tiene el sentimiento de que su vida no tiene sentido.

Tras dos sesiones de evaluación se determinó que María sufría un duelo complicado según los criterios de Prigerson y Maciejewski. En relación con los criterios del DSM-IV-TR, la paciente cumplía criterios de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y no cumplía criterios de trastorno depresivo mayor ni de TEPT ni de ningún otro trastorno mental y no tenía antecedentes psiquiátricos. En la evaluación, además del diagnóstico, se valoró mediante medidas de autoinforme la sintomatología del duelo complicado, del estado de ánimo y la interferencia del problema en la vida de la paciente.

El tratamiento tuvo una duración de diez sesiones con una frecuencia de una sesión por semana y una duración de unos 60 minutos por sesión. Se evaluó de nuevo a la paciente tras finalizar el tratamiento y en seguimientos a los tres, seis y doce meses de haberlo concluido. María no recibió tratamiento farmacológico. La paciente recibió un tratamiento cognitivo-comportamental apoyado por «El mundo de EMMA». El protocolo de tratamiento utilizado desarrollado por nuestro grupo está manualizado e incluye elementos del programa de Neimeyer para la reconstrucción del significado de la pérdida, elementos del tratamiento de Foa y Rothbaum para fomentar el procesamiento emocional y elementos de *mindfulness* de la terapia dialéctico-comportamental de Linehan. Los componentes del programa se ofrecen en la tabla 30.1.

Dadas las limitaciones de espacio, no es posible describir el tratamiento paso a paso. Nos centraremos en describir la utilización de «El mundo de EMMA» y el elemento fundamental con el que se trabajó en este caso: el libro de la vida. Mientras la paciente interactuaba con el sistema, se le presentó la idea de que la vida es como un libro en el que se van escribiendo capítulos. Algunos ya están escritos y contienen acontecimientos, situaciones, personas, emociones, etc. Todos los capítulos son importantes porque contienen partes de nuestra vida y todavía quedan capítulos por escribir, aunque, a veces, sea difícil pensar que esto sea así. La muerte de su marido es un capítulo en esa vida. Un capítulo muy

TABLA 30.1

Objetivos y componentes terapéuticos

Objetivos terapéuticos	Componentes
Explicar la base lógica del tratamiento.	Psicoeducación.
Alivio del componente fisiológico de las emociones.	Respiración lenta. Apoyado en mundo virtual: el mundo de EMMA.
Activar y tomar conciencia de las experiencias en el momento presente.	Atención plena o *mindfulness.* Apoyado en mundo virtual: el mundo de EMMA.
Procesamiento emocional y cognitivo del duelo.	Exposición. Terapia cognitiva. Libro de la vida. Apoyado en mundo virtual: el mundo de EMMA.

importante, ya que contiene un acontecimiento muy doloroso que parece bloquear la posibilidad de vivir otros capítulos. La vida futura parece estar detenida. El objetivo del tratamiento es trabajar en ese capítulo con el fin de procesar todas las emociones y cogniciones que no pudieron ser procesadas tras la muerte de ese ser querido.

Esta tarea se lleva a cabo en «El mundo de EMMA». Como se ha señalado, el libro de la vida se puede rellenar con palabras, música, fotos, vídeos, objetos, sonidos, colores, etc., elementos que el paciente va escogiendo de las múltiples opciones que nos ofrece «El mundo de EMMA». Esos elementos constituyen símbolos con los que se trabaja en terapia. Por ejemplo, la paciente eligió una pesada bola de hierro con una cadena para representar su vida sin su marido. Asimismo, eligió un paisaje nevado brumoso y solitario y una música triste para representar la profunda tristeza y el vacío que sentía. A lo largo de la terapia, la paciente fue eligiendo otros elementos a medida que iba procesando la pérdida. Así, hacia el final del tratamiento se centró en una casa ordenada para representar la nueva vida que estaba empezando a lograr, aunque su marido ya no estuviera con ella, y eligió una playa y música relajante para representar que se sentía triste pero ya no vacía. A medida que la terapia progresaba, la paciente iba tolerando sus emociones, que todavía eran dolorosas pero ya no la sobrepasaban. Poco a poco, fue encontrando significado en la pérdida, interpretaba las emociones como indicadoras de lo mucho que echaba de menos a su marido. Llegó a afirmar que su vida empezaba a ponerse en marcha, aunque su marido estaría siempre presente en su vida y en la de su hija.

Los resultados indicaron que el tratamiento fue eficaz. Disminuyeron significativamente las puntuaciones de la paciente en las medidas de duelo complicado, depresión y síntomas postraumáticos, mejoró el sueño y recuperó el interés en actividades de ocio y sociales. Los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento se mantuvieron en los seguimientos. En su opinión, «El mundo de EMMA» la ayudó a evocar y expresar las emociones y los significados asociados a la muerte de su marido. En opinión del terapeuta, el sistema ayudó a la paciente a la hora de representar los significados con los que se trabajó en terapia, facilitando el procesamiento emocional del acontecimiento negativo y el cambio de significado respecto a la pérdida.

5. CONCLUSIONES

La realidad virtual es una nueva tecnología basada en las TIC que ya ha empezado a demostrar su

utilidad en psicología clínica y, de modo más específico, en el ámbito de los tratamientos psicológicos. En los últimos años hemos asistido a un importante desarrollo en la aplicación de esta herramienta en el tratamiento de distintos trastornos psicológicos, fundamentalmente en los trastornos de ansiedad.

Esta tecnología ha demostrado ser eficaz para la aplicación de la técnica de exposición, tanto a corto como a largo plazo, en las fobias específicas y en otros trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico y la agorafobia o la fobia social. Respecto al TEPT, los resultados son todavía preliminares, pero muy prometedores. La realidad virtual, sin duda, puede ser una alternativa eficaz para aquellos pacientes con TEPT que rechazan la exposición in vivo o que no responden a la exposición en imaginación, lo que podría ayudar a aumentar el número de pacientes que se beneficiaran de un tratamiento cognitivo-comportamental. Desde nuestro punto de vista, esta herramienta también puede resultar de gran ayuda a la hora de mejorar los actuales protocolos de tratamiento para el TEPT y otros problemas psicológicos.

Por otro lado, además de ayudar a incrementar la eficacia de los tratamientos psicológicos, la realidad virtual puede contribuir también de forma importante al ámbito de la utilidad clínica, esto es, el eje 2 de la guía clínica de los tratamientos basados de la evidencia. Como anteriormente hemos señalado, la realidad virtual puede aumentar la aceptación de la técnica de exposición (García-Palacios et al., 2007) y también puede ayudar a aquellos pacientes que no responden a otras formas de aplicar la exposición.

En los primeros momentos, la realidad virtual se centró de forma fundamental en los trastornos de ansiedad; sin embargo, rápidamente comenzó a aplicarse en otros ámbitos como los trastornos de la conducta alimentaria, el autismo, el juego patológico, problemas de adicción a sustancias, el dolor, etc. Creemos que esto no es más que el inicio de un proceso imparable y bastante natural. A lo largo de la década de los ochenta fuimos testigos de la progresiva entrada de los ordenadores personales en los centros de investigación, los departamentos universitarios, las empresas, los comercios y los hogares. Lo mismo pasó unos años después con la utilización de los teléfonos móviles y con Internet. Hasta tal punto se ha producido una integración de las TIC en nuestras vidas que nos cuesta mucho no estar en continuo contacto con nuestros artilugios personales: nuestro ordenador portátil, nuestro móvil, nuestro MP3, nuestro correo electrónico o nuestra PDA. Por tanto, lo esperable es que esa progresiva y firme entrada de las TIC también se produzca en psicología clínica, al igual que ya lo ha hecho en otras profesiones como la medicina, la arquitectura o la enseñanza. Lo absurdo es que no se haya producido ya y con mucha más fuerza. Quizá se deba a un cierto temor (o fobia) que pueden experimentar algunos psicólogos clínicos a la utilización de los avances tecnológicos en su quehacer cotidiano.

Las innovaciones tecnológicas emergentes nos permiten utilizar TIC, como Internet y dispositivos móviles, o combinaciones de distintas TIC, como sucede en la computación persuasiva, la computación ubicua y la inteligencia ambiental. Los viejos momentos que supusieron las primeras aplicaciones de la realidad virtual dejan ya paso a aplicaciones de tercera y de cuarta generación. Ya no se trata de la utilización de los sofisticados dispositivos adaptables como «El mundo de Emma» mencionado en este trabajo. Estamos llegando a los actuales sistemas complejos que implican conjuntos de TIC puestos al servicio del ser humano de forma creativa y original. El tema no es ya mejorar los tratamientos psicológicos, el objetivo va mucho más allá. Se trata de lograr mejorar la calidad de vida de muchas personas en todos los ámbitos. Nuestro grupo está trabajando en dos proyectos que siguen estas nuevas líneas. Por una parte, el proyecto e-TIOBE tiene como objetivo la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil ayudando a la persona en todo momento y en todo lugar; por otra, el proyecto MAYORDOMO busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores intentando llenar la brecha tecnológica que les aísla y facilitando el contacto interpersonal. En ambos casos, se intenta que el psicólogo (o el conocimiento psicológico) vaya mucho más allá de lo que ha ido hasta ahora. En ambos casos, se pretende avanzar en aquello que fue la revolucionaria pretensión de la psicología y la psiquiatría co-

munitarias de la década de los sesenta: ir allá donde fuera necesario. La verdad es que no sería entendible que, como especímenes humanos del siglo XXI, no aprovecháramos los regalos tecnológicos que nos han hecho otros congéneres a la largo de milenios de evolución. Parafraseando a Karl Popper diremos que el futuro está abierto y el optimismo es un deber. Creemos firmemente que en ese futuro que «debemos» soñar las TIC nos pueden ayudar sobremanera a seguir avanzando como especie en muchos ámbitos, la práctica cotidiana de la psicología clínica incluida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, B. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 239-246.

Primer trabajo en el que se presentan los datos de un estudio de caso en el que se aplica la realidad virtual para el tratamiento de la claustrofobia y se analizan las potencialidades que tiene esta herramienta en el ámbito de los tratamientos psicológicos.

Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R. M. y Bretón-López, J. (2006). Realidad virtual y tratamientos psicológicos: Una revisión. *Psicología Conductual, 14,* 491-509.

Artículo en el que se lleva a cabo una revisión del uso de la realidad virtual en el ámbito de los tratamientos psicológicos.

Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Olafsson, R. P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review, 24,* 259-281.

Artículo en el que se revisan los estudios que analizan la eficacia de la realidad virtual como herramienta terapéutica para llevar a cabo la exposición en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Riva, G., Botella, C., Legeron, P. y Optale, G. (2004). *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience.* Ámsterdam: IOSS Press.

En este libro se realiza una revisión de la utilización de la realidad virtual y otras TIC en los tratamientos psicológicos y la rehabilitación incluyendo las contribuciones de los autores más relevantes en este campo.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La utilización de aplicaciones informáticas y de comunicación (Internet, dispositivos móviles, etc.) que permiten que el sistema sea accesible en cualquier lugar tanto para el paciente como para el clínico se denomina:

a) Computación persuasiva.
b) Computación ubicua.
c) Inteligencia ambiental.

2. La posibilidad de que personas que no puedan acudir físicamente a los centros de salud mental reciban tratamientos psicológicos es una de las ventajas de:

a) Los tratamientos cognitivo-comportamentales.
b) Los tratamientos aplicados mediante Internet.
c) Los tratamientos aplicados mediante realidad virtual.

3. La realidad virtual en el ámbito de los trastornos alimentarios se ha utilizado principalmente para la aplicación:

a) De la técnica de exposición.
b) De la relajación.
c) De técnicas para la mejora de la imagen corporal.

4. La realidad virtual en el ámbito de la psicología clínica se ha aplicado principalmente en el tratamiento de:

a) Los trastornos de ansiedad.
b) Los trastornos del estado de ánimo.
c) Los trastornos somatoformes.

5. En el tratamiento de los trastornos de ansiedad, la realidad virtual se ha utilizado principalmente como ayuda para aplicar en el ámbito de la psicología clínica principalmente en el tratamiento de:

a) Exposición.
b) Relajación.
c) Discusión cognitiva.

6. Los dispositivos adaptables que se utilizan en el tratamiento de los trastornos psicológicos, como «El mundo de EMMA», se caracterizan por:

a) Adaptar la interacción del usuario a la tarea a realizar.
b) Adaptar su contenido a las necesidades terapéuticas del usuario.
c) Adaptar el dispositivo de visualización (monitor, pantalla) a las necesidades visuales del usuario.

7. La realidad aumentada se caracteriza por:

a) El usuario percibe sólo un mundo totalmente modelado por el sistema.
b) El usuario percibe el mundo real, pero en él se incluyen elementos virtuales.
c) El usuario percibe el mundo virtual, pero en él se incluyen elementos reales.

8. Desde un punto de vista psicológico, un aspecto central de la realidad virtual es:

a) El grado de realismo de los entornos virtuales.
b) El grado en el que el ambiente virtual es modelado.
c) El sentido o la «sensación de presencia».

9. La realidad virtual es una nueva tecnología que ha comenzado a utilizarse con éxito en el tratamiento de una serie de trastornos de ansiedad, ya que, frente a la exposición en vivo, supone:

a) Un menor control de la situación temida.
b) Un menor grado de aversión.
c) Un mayor grado de inmersión.

10. ¿Cuál de las siguientes características es la principal ventaja del entorno virtual de EMMA?

a) Es flexible.
b) Tiene un mayor grado de realismo.
c) Es fácil de utilizar por parte del terapeuta.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	b	c	a	a	b	b	c	b	a

31 Psicofarmacología para psicoterapeutas

ELENA IBÁÑEZ GUERRA

1. A MODO DE INTRODUCCIÓN

Resulta extraño encontrar en un libro sobre tratamientos psicológicos un capítulo dedicado al tratamiento con psicofármacos, aun cuando hoy en día la combinación de tratamiento farmacológico más psicoterapia suele ser la opción más recomendada por los expertos en el campo de la psicopatología, tras haberse descubierto que los *tratamientos combinados,* a pesar de su mayor coste, parecen mejorar a la mayoría de los clientes, incluidos los que más problemas presentan, que acuden a una consulta por problemas mentales, llámense a estos trastornos o enfermedades.

Sin embargo, la extrañeza tal vez esté justificada si entendemos que el tratamiento psicofarmacológico o el psicoterapéutico parecen sustentarse en modelos distintos, el primero en la medicina y el segundo en la psicología. Son muchos los autores que plantean que la psicofarmacología se sustenta en el llamado «modelo médico», aunque no especifican en cuál de ellos, si en el *anatomo-patológico:* no existe enfermedad si no hay lesión (por ejemplo, úlcera de estómago) y en el caso de los trastornos mentales habría que descubrirla; en el *fisiopatológico:* la enfermedad consiste en alteraciones funcionales, por más o por menos, de los distintos sistemas o aparatos que componen nuestro cuerpo (por ejemplo, diabetes, hipertensión arterial) y, en el caso de las enfermedades mentales, tendríamos que recurrir a las variaciones funcionales bien de nuestro sistema nervioso central (SNC), bien de nuestro sistema nervioso autónomo (SNA); en el *etiopatogénico:* existe una causa determinada que actúa sobre nuestro organismo alterándolo o lesionándolo para producir la enfermedad (por ejemplo, enfermedades infecciosas, intoxicaciones); el *epidemiológico:* comprobación y análisis de la aparición y desarrollo de determinadas enfermedades (por ejemplo, sida, gripe aviar, etc.); podríamos seguir con el *inmunológico,* el *genético,* el *farmacológico,* que luego veremos, y un largo etcétera (Siegler y Osmond, 1976). Cierto es que lo que tienen en común todos estos modelos es plantear que la conducta manifiesta anormal o patológica (síntoma) tiene su fundamento en unas bases biológicas, pudiendo caer en un cierto reduccionismo biológico. Es decir, suele confundirse el *modelo biológico,* el creer que las enfermedades, trastornos o problemas mentales tienen una base o un fundamento biológico, con el modelo médico, simplificando de esta manera una problemática clásica en psicología, como es la relación mente-cuerpo, de la que no vamos a hablar en este capítulo pues trasciende el marco de nuestra problemática. Lo que sí queremos traer a colación aquí, pues es importante para el tema que nos ocupa, es que ya en 1967 Eysenck publicó su libro *The Biological Basis of Personality* (traducido al castellano sólo tres años después, en 1970), en el que nos enseña cómo la personalidad del sujeto puede modificar el efecto primigenio de algunas sustancias psicotrópicas, lo que avalaría, de alguna manera, la famosa interacción mente-cuerpo, o si se prefiere pondría de manifiesto que el sujeto humano es una totalidad sólo

divisible en mente-cuerpo a niveles exclusivamente metodológicos.

Quizá el problema sea otro y deba plantearse a otros niveles, por ejemplo el nivel de especialización que deben tener los profesionales que se dedican a atender a personas con problemas mentales. Es decir, ¿debe ser el abordaje de los trastornos mentales, problemas mentales o cómo se les quiera llamar biológico o psicológico? La pregunta queda aquí sin respuesta, porque indudablemente va a depender de la concepción del hombre que cada uno tenga, del monismo o dualismo que uno practique y de la formación que se haya forjado como persona primero y como profesional después. Aunque, evidentemente, los problemas mentales forman parte de una *causalidad estructural* en la que lo biológico, lo psicológico y lo social no es que interactúen sino que constituyen en sí mismos la naturaleza del problema.

2. UN POCO DE HISTORIA

La problemática de cómo mantener la vida, defendiéndose de las enfermedades, es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Y a pesar de la falta de linealidad de la historia, lo que sí parece cierto es que el hombre acudió a la naturaleza y a los medios físicos como una forma de poder luchar contra ellas, incluyendo la denominada locura o sinrazón. Recuérdese, a este respecto, la utilización de la hidroterapia, del ejercicio físico, de la relajación, de los paseos, de las distintas hierbas curativas e incluso de la trepanación como técnicas que permitían «tratar» el mal de los espíritus, pues así se consideraba a los trastornos mentales. Cierto es que ya desde la época de Hipócrates se consideraba que la palabra y el tipo de relación que se mantuviese con estos enfermos constituían un elemento fundamental para hablar de curación.

También es cierto que algunos autores culpan a Hipócrates de esa visión médica de los trastornos mentales y aportan datos de que junto a ella también subsistió una perspectiva más moral de éstos; a pesar de ello, y dejando al margen aspectos religiosos, lo que sí parece cierto es que los trastornos mentales[1] presentaron, desde sus inicios, una doble perspectiva: por un lado, la médica-biológica y, por otro, la filosófico-moral.

De todas formas, no es hasta el siglo XVIII, en plena Revolución francesa y con la figura de Pinel (1745-1826), cuando empieza a analizarse la problemática de estas personas con detenimiento y comienzan a tenerse en consideración sus derechos. A partir de este momento, el loco y el manicomio entablan una relación simbiótica, convirtiéndose en auténticos sinónimos, y se promueve sobre ellos toda una avalancha de cuestiones morales y médicas, entre ellas el tema de la reclusión o privación de libertad. No es raro pues que con este ambiente la aparición del psicoanálisis, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, significase una auténtica revolución a la hora de enfocar la problemática de este tipo de personas. Freud (1856-1939), dejando al margen la eficacia de sus tratamientos, significó por primera vez en el viejo continente el intento de encontrar una explicación psicológica al tema de los trastornos mentales y el inicio de la psicoterapia.

No es raro que la aparición de la psicofarmacología sea pareja a la del psicoanálisis, ya que, al margen de lo señalado anteriormente respecto a la utilidad de ciertas hierbas, no es hasta mediados del siglo XIX y comienzos del XX cuando empiezan a aplicarse ciertos fármacos a las personas con trastornos mentales (Llavero-Conde, 1970), primeramente los preparados sedantes y anestésicos, como los bromuros y el cloral, pero a partir de 1900 barbitúricos y anfetaminas, que permiten añadir a la célebre terapia electroconvulsiva el narcoanálisis, las curas de sueño y todo aquello que después fue acuñado con el famoso nombre de «camisa de fuerza química».

Sin embargo, suele considerarse 1952 como el año de inicio de la auténtica psicofarmacología con el descubrimiento realizado por Delay, Deniker y

[1] A partir de este momento adoptamos el término de «trastornos mentales» por ser el más utilizado en psicología clínica, sin que esto presuponga una toma de postura a este respecto.

colaboradores de los efectos tranquilizadores y sedativos que la clorpromazina (largactil) ejercía en personas con trastornos mentales, lo que permitía someter a los pacientes a auténticas curas de sueño, tanto continuas como discontinuas, con unos resultados terapéuticos sorprendentes para la época. En cualquier caso, ya en 1946 se había puesto de manifiesto el papel hipnótico y sedante de algunos antihistamínicos, como la prometazina (fenergan), que fue utilizada con éxito en el tratamiento sedativo de algunos pacientes. Sin embargo, es la clorpromazina la que se convierte en el patrón oro de la psicofarmacología, sobre todo porque a partir de su aparición se plantea la posible salida de las personas con trastornos mentales de los manicomios.

También es en 1952 cuando, por primera vez en Occidente, pues en Oriente se utilizaba desde hacía tiempo, se descubren las propiedades psicotropas de un derivado de la rauwolfia (planta india), la reserpina, cuyas virtudes tranquilizantes e hipotensoras se pensó que servirían para tratar los cuadros de ansiedad, aun cuando era capaz de producir depresión en los enfermos que la tomaban con fines hipotensores. Al mismo tiempo (1950), en Estados Unidos Berger pone de manifiesto las propiedades tranquilizantes del meprobramato (dapaz) y a partir de este momento la cantidad de tranquilizantes existentes en el mercado es abrumadora y su uso, tanto con fines clínicos como no clínicos y sobre todo por parte de las amas de casa, llegó a ser preocupante a finales del siglo XX.

La incorporación de los actualmente conocidos como antidepresivos fue ligeramente más tardía: 1957 es la fecha de aparición de la imipramina (tofranil), el primer antidepresivo tricíclico. Mientras se estudiaba la clorpromacina, se encontró otra sustancia que aunque tenía parentescos estructurales a nivel molecular producía diferentes efectos psicotropos, es decir, en lugar de tranquilizar y sedar al enfermo, lo activaba y aumentaba su energía. Por otro lado, los médicos habían descubierto, al tratar a sus enfermos tuberculosos, que la medicación que se les suministraba mejoraba su estado de ánimo. Se comienza a trabajar así en el efecto euforizante que producían las isoniazidas y en 1955 Kline introduce en el campo de la psiquiatría los derivados ipronia-zínicos o fármacos que actúan inhibiendo la acción de la monoaminooxidasa (IMAOS) como el parnate (inhibidor no selectivo de la MAO) o la moclobemida (manerix), cuyos efectos secundarios, como luego veremos, son lo suficientemente graves como para que en la actualidad se utilicen con muchas precauciones, al disponer de otros fármacos. También en la década de los cincuenta, concretamente en 1958, se sintetiza el haloperidol, uno de los antipsicóticos más conocidos y más utilizados en todo el mundo.

La década de los sesenta es menos prolífica a este respecto, si bien hacen su aparición algunos fármacos como el clordiazepoxido (huberplex), que es la primera benzodiacepina (tranquilizante menor) comercializada, se demuestra que el sulpiride (dogmatil) tenía propiedades antipsicóticas y se introduce la carbamazepina (tegretol) para el tratamiento de la neuralgia del trigémino.

Sin embargo, lo que podríamos llamar la década prodigiosa de la psicofarmacología será la década de los noventa, aunque comienza en 1988 con el lanzamiento comercial de la fluoxetina (prozac), lo que significa la aparición de una nueva familia de antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Por otro lado, a comienzos de los noventa se lanzan los denominados antipsicóticos atípicos; concretamente en 1992 aparece la risperidona (risperdal) y en 1997 la olanzapina (zyprexa), lo que provoca una auténtica revolución clínica en el tratamiento psiquiátrico de las esquizofrenias y de los trastornos bipolares. Anteriormente, en 1996, se comercializa la venlafaxina (dobupal, vandral), que es un inhibidor de la recaptación tanto de la serotonina como de la noradrenalina.

Es evidente que la aparición de los psicofármacos, así como su posterior comercialización, tienen implicaciones teóricas, y no al revés, como sería conveniente. Es decir, y como veremos posteriormente, la incorporación de los psicofármacos al arsenal terapéutico de los psiquiatras implicó, también, la aparición de nuevos modelos explicativos de los trastornos mentales, de tal modo que en lugar de plantearse cuál o cuáles eran las posibles causas de dichos trastornos, se hizo exactamente lo

TABLA 31.1

Breve reseña histórica de la psicofarmacología

Año	Fármaco	Efecto
1950	Meprobramato	Tranquilizante
1952	Clorpromacina	Antipsicótico
1955	IMAOS	Antidepresivo
1957	Imipramina	Antidepresivo
1958	Haloperidol	Antipsicótico
1960	Sulpiride	Antipsicótico
1961	Clordiazepóxido	Tranquilizante
1970	Litio	Antimaníaco
1971	Carbamazepina	Estabilizador e. ánimo
1988	Fluoxetina	Antidepresivo
1991-1993	Paroxetina, Sertralina, Citalopram	Antidepresivo
1992	Risperidona	Antipsicótico
1996	Venlafaxina	Antidepresivo
1997	Olanzapina	Antipsicótico

contrario: dado que sabemos cómo y dónde actúa este fármaco, entonces vamos a suponer que ésa es la causa del trastorno mental; de esta manera el *modelo farmacológico* hizo su aparición en el campo de la psiquiatría.

3. ¿QUÉ ES UN PSICOFÁRMACO?

Si admitimos la definición de la *psicofarmacología* como el estudio de la relación entre los fármacos y la función cerebral, incluyendo el estado de ánimo, el comportamiento o las percepciones, se puede entender que un psicofármaco es cualquier medicamento que actúe sobre el funcionamiento cerebral incluyendo, claro está, el estado de ánimo, el comportamiento, etc. Sin embargo, esta definición, tan neutra en apariencia, oculta numerosos problemas que no vamos a analizar aquí aunque sí queremos señalar que implica una cierta concepción reduccionista, biologicista y mecanicista del psiquismo humano, al considerar que el funcionamiento cerebral incluye el estado de ánimo, el comportamiento, etc.

Por otro lado, al hablar de fármacos y no de drogas esta definición implícitamente significa que se excluyen del campo de la psicofarmacología todas aquellas sustancias que no tienen un campo de aplicación médico, tanto las consideradas drogas carentes de efectos terapéuticos hoy por hoy como sustancias tales como las «hierbas» u otros preparados (aleta de tiburón, etc.) cuyos efectos terapéuticos son hasta la fecha desconocidos. Así pues, en este capítulo sólo hablaremos de aquellas sustancias que tienen una eficacia conocida sobre los trastornos mentales y cuyo mecanismo de acción está bastante investigado.

Para poder entender medianamente cómo funcionan los psicofármacos es imprescindible comprender, aunque sea someramente, el funcionamiento de la sinapsis y, sobre todo, conocer lo que es un neurotransmisor y un receptor. Aunque según parece fue Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), con su *teoría de la neurona,* uno de los primeros en señalar la continuidad de las células nerviosas y formular, por tanto, el mecanismo de la sinapsis (ósculo protoplasmático) para explicar el paso del impulso nervioso de unas células nerviosas a otras, las investigaciones actuales sobre su funcionamiento han permitido demostrar su complejidad y poner de manifiesto que la unión entre neuronas se lleva a cabo a través de procesos bioquímicos complicados y gracias a la acción de numerosas sustancias produ-

cidas por las propias neuronas. Las neuronas fabrican una serie de proteínas (cadenas de aminoácidos) que se utilizan para innumerables propósitos, entre otros la producción de receptores; asimismo también producen los *neurotransmisores,* que son secretados por la célula pudiendo influir sobre la siguiente neurona; la neurona que dispara el neurotransmisor se denomina presináptica, y la que lo recibe, postsináptica; el impulso que se mueve a través del axón se denomina transmisión del impulso nervioso.

Entre ambas neuronas existe un delgado espacio que es donde tiene lugar la sinapsis. Es decir, una vez que se estimula una neurona, su carga negativa (el interior de las neuronas siempre mantiene una polaridad negativa por la existencia de más iones K^+ —potasio— en el exterior que en el interior) se transforma en positiva por la entrada masiva de iones Na^+ —sodio—, lo que inicia un impulso nervioso (este cambio se denomina *potencial de acción*), El impulso nervioso se propaga por las dendritas, el cuerpo celular y los axones; en la terminación nerviosa se produce el disparo de los neurotransmisores que han sido transportados desde el cuerpo celular hasta las vesículas del botón terminal presináptico, donde están protegidos hasta que reciben el potencial de acción, momento en el que durante microsegundos las vesículas se abren y liberan el neurotransmisor a la sinapsis, donde se ligan con los receptores situados en la membrana de la neurona postsináptica.

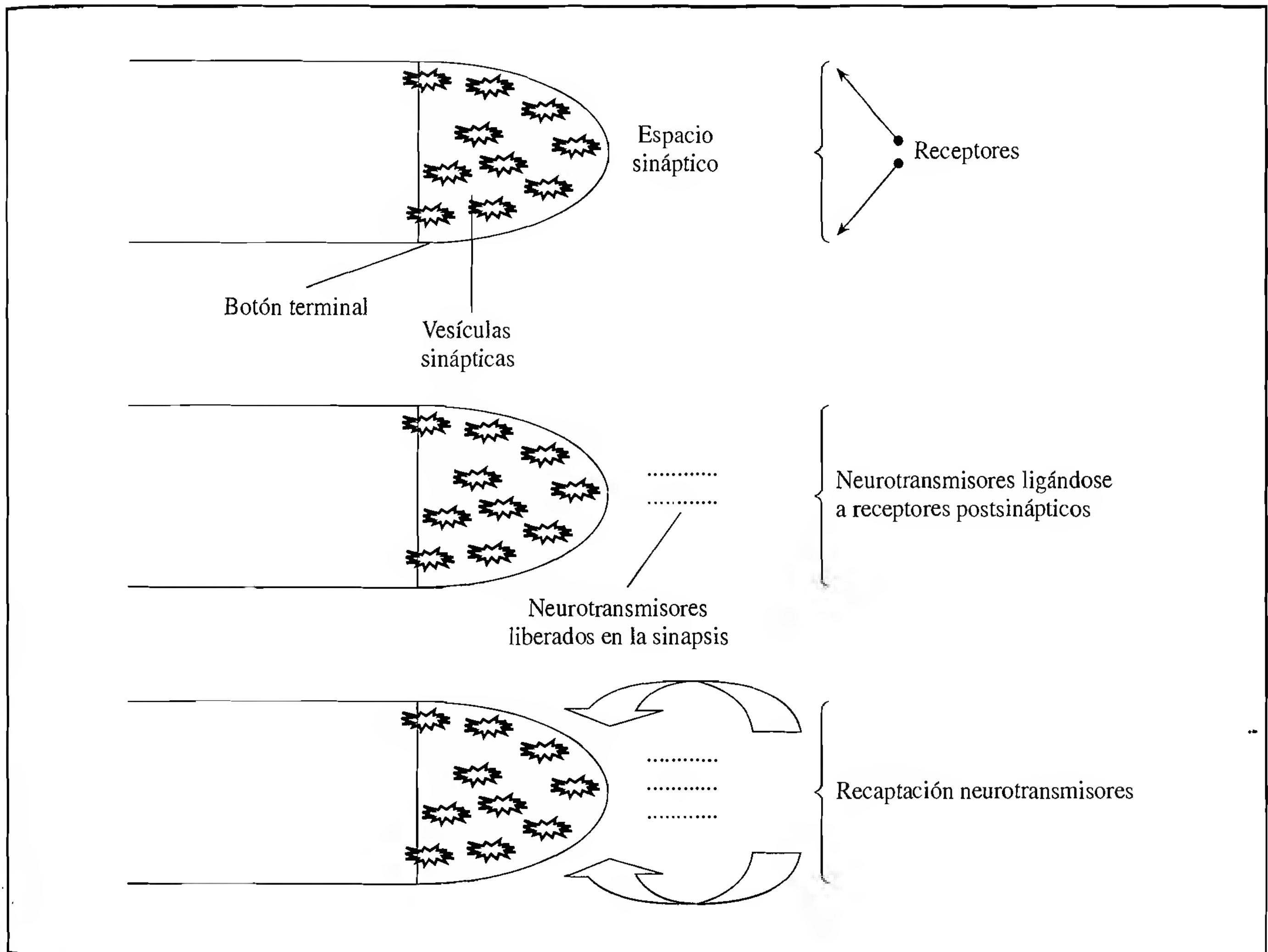


Figura 31.1.—Esquema del mecanismo básico de la sinapsis.

La unión entre un neurotransmisor y un receptor puede producir la excitación o inhibición de la neurona postsináptica. Una notable excepción es el sistema serotoninérgico, ya que no es en sí mismo excitatorio o inhibitorio, sino que depende del receptor que se active. Una vez que se libera el neurotransmisor, una parte de él se liga al receptor, otra parte se destruye y por último otra parte es reabsorbida por la neurona presináptica (recaptación). Muchos de los antidepresivos actuales funcionan bloqueando la recaptación, lo que permite al neurotransmisor estar más tiempo en el espacio sináptico y tener un mayor efecto sobre la neurona postsináptica. Finalmente los neurotransmisores mueren y desaparecen, de tal forma que la célula nerviosa está constantemente creando neurotransmisores.

Los receptores son proteínas producidas en la neurona y que están empotrados en la membrana celular, que tiene ciertas porciones (sitios de ligar) donde los neurotransmisores se pueden unir y activar o inhibir al receptor. La vida media de un receptor está entre 12-24 horas, después de las cuales o bien se degrada o se reabsorbe dentro de la célula. Los receptores pueden ser, desde un punto de vista *funcional,* excitatorios o inhibitorios, pero, desde un punto de vista del *mecanismo* por el cual actúan, dos son los tipos más relevantes para nosotros: el *proceso mediado por la cadena de iones,* mecanismo de acción de las benzodiacepinas (tranquilizantes menores) y que consiste en que cuando los neurotransmisores, drogas u otros ligandos se unen a los receptores mediados por la cadena de iones, ésta se abre temporalmente produciendo cambios rápidos y temporales en la actividad de la neurona; en el caso de las benzodiacepinas, la acción se produce, principalmente, por cambios rápidos en la cadena del ión cloro (efecto de tranquilidad). El segundo mecanismo es el *metabólico,* por medio del cual (sistema del segundo mensajero mediado por la proteína G) se producen cambios celulares graduales que pueden tardar horas, días, semanas e incluso meses, lo que explica el retraso en producir efecto de algunos medicamentos. Este proceso implica una cascada de acciones químicas intracelulares que trascienden los límites de este capítulo.

Un aspecto importante que se añade hoy en día a la compleja problemática de la acción de los psicofármacos es el referente a la genética, ya que cada vez se está hablando más de la *farmacogenética* (papel que desempeña la variación de los genes individuales en la respuesta a los medicamentos) y, sobre todo, de la *farmacogenómica* (el estudio del total de genes farmacológicamente relevantes, así como de la forma en que dichos genes manifiestan sus variaciones y de qué manera éstas pueden interaccionar para configurar el fenotipo de cada individuo, en lo que afecta a su respuesta a los medicamentos), es decir, la acción de un fármaco específico depende de la genética del individuo, por lo que cada vez se debe de ir más a un análisis funcional y genético de cómo actúa un fármaco en un individuo concreto, lo que se viene denominando *farmacología personalizada,* que intenta encontrar un fármaco específico para cada persona concreta.

Los neurotransmisores más importantes desde el punto de vista psicofarmacológico serían los que se muestran en la tabla 31.2.

Aunque hayamos dividido a algunos neurotransmisores en ionotrópicos o metabólicos, sin embargo hay que reconocer que la acción de algunos neurotransmisores metabólicos también implica cambios en la cadena de iones, como ocurre con la noradrenalina o la dopamina, pero su mecanismo primario sería de tipo metabólico. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la función, inhibidora, excitadora o moduladora, de los distintos neurotransmisores se efectúa en distintas áreas cerebrales, afectando tanto al sistema nervioso central como al periférico, lo que implica que su actividad se ejerce sobre el funcionamiento de todo el organismo y explica que los fármacos puedan tener tanto una acción beneficiosa como perversa (efectos secundarios) sobre él. Por lo que respecta a los trastornos mentales, habría que decir que las áreas cerebrales más claramente implicadas serían, además del córtex, relacionado con las funciones mentales superiores (percepción, pensamiento, memoria, etc.), las áreas subcorticales (cerebro límbico, ganglios basales, sistema reticular y cerebro medio), cuya disfunción neuroquímica parece estar presente en algún tipo de trastorno mental.

TABLA 31.2

Algunos de los neurotransmisores y su principal mecanismo de acción

Neurotransmisor	**Receptores ionotrópicos**				**Receptores metabólicos (subtipos)**
	Cl^-	**Na^+**	**Ca^{++}**	**K^+**	
Noradrenalina					$Na_{\alpha 1A\text{-}D}$ $Na_{\alpha 2A\text{-}C}$ $Na_{\beta 1\text{-}3}$
Dopamina					$D_{1,5}$ D_2 $D_{3,4}$
Acetilcolina		↑	↑	↑	$ACh\ (M)_{1,3}$ $ACh\ (M)_{2,4}$
Serotonina	$5\text{-}HT_3$	↑		↑	$5\text{-}HT_{1A\text{-}F}$ $5\text{-}HT_{2A\text{-}C}$ $5\text{-}HT_{4\text{-}7}$
Histamina					H_1 H_2
GABA	A↑				$GABA_\beta$
Péptidos opioides					μ, δ, κ
Glutamato	AMPA	↑		↑	$m\text{-}GLU_{1\text{-}7}$
Neuropéptido Y					$Y_{1\text{-}2}$

3.1. Los mecanismos de acción

Para poder entender cómo actúa un psicofármaco, es necesario que hablemos brevemente de otros dos conceptos farmacológicos, la *farmacocinética,* que hace referencia a los procesos biológicos que ocurren desde que se administra un fármaco hasta que éste encuentra su lugar de acción (procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción), y la *farmacodinamia*, que hace referencia a los mecanismos de acción de los fármacos y los efectos primarios (beneficiosos) y secundarios (no deseados) que producen; en ocasiones ambos efectos van tan estrechamente unidos que resulta difícil poder diferenciarlos.

Es decir, el fármaco penetra en el organismo bien por vía oral, bien por vía intramuscular, y para que se absorba necesita liberarse de su forma farmacéutica, lo cual realiza principalmente en el tubo digestivo, donde se absorbe, se disuelve en el medio y alcanza la circulación sanguínea, a través de la cual se distribuye a todos los tejidos, actuando en el órgano diana mediante una serie de procesos bioquímicos. Una vez realizado este proceso, tanto de distribución como de metabolización, es eliminado, en general por los riñones, aunque pequeñas porciones

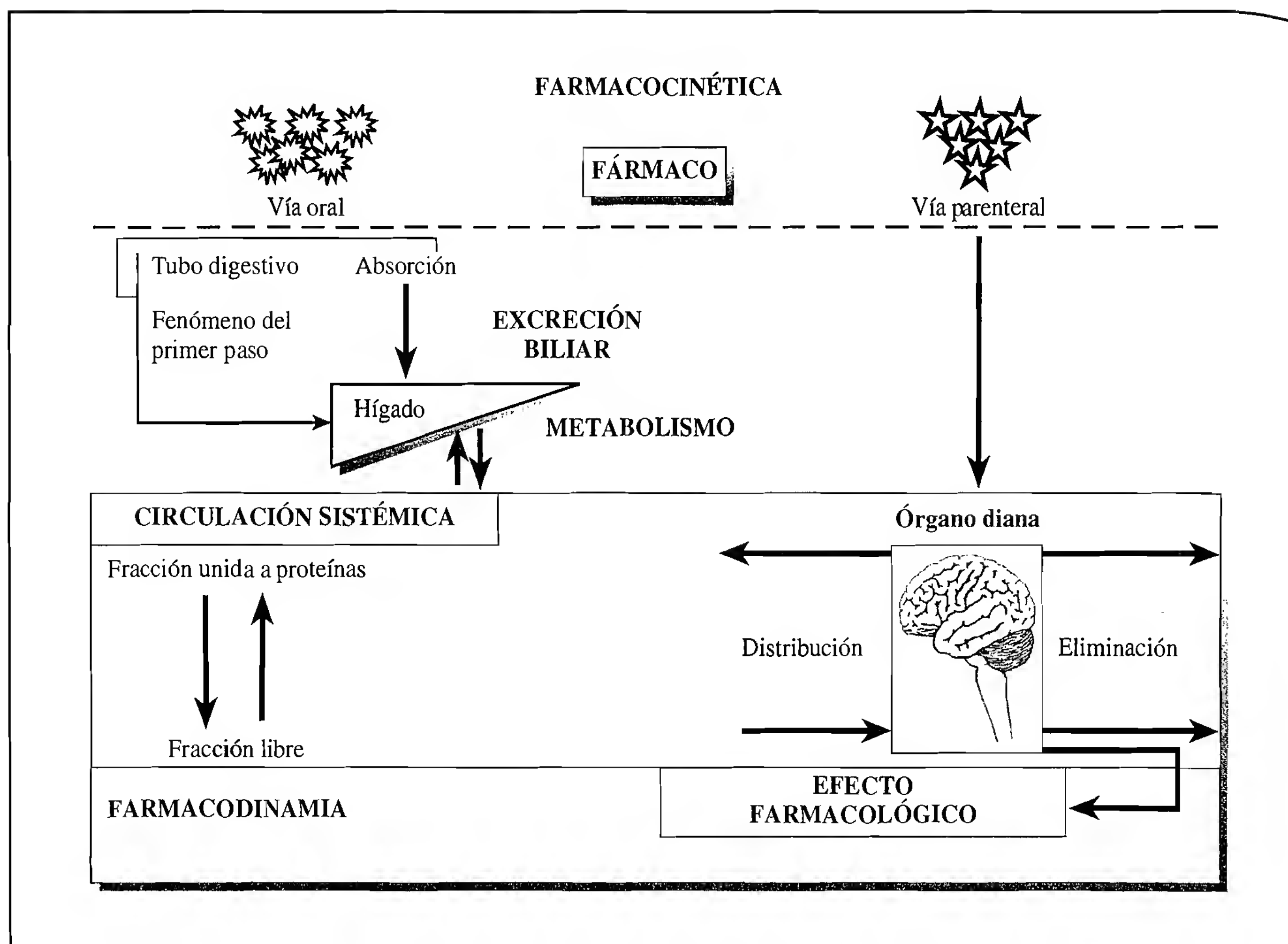


Figura 31.2.—Esquema de farmacocinética y farmacodinamia.

del fármaco pueden permanecer en ciertas áreas, llamadas *reservorios*, como ocurre con los antidepresivos tricíclicos y algunos antipsicóticos clásicos, lo que contribuye a que las dosis del fármaco varíen de un enfermo a otro. Dado que la mayor parte de los fármacos se metabolizan (procesos de biotransformación) en el hígado, es importante conocer el funcionamiento hepático, pues un mal funcionamiento puede contribuir a que la medicación no tenga efectos o a que sea más tóxica a dosis más bajas. Asimismo, dado que la mayor parte de fármacos se excretan por la orina, es necesario un buen funcionamiento renal si no queremos que se produzca un incremento de las concentraciones del fármaco en el organismo al aumentar su *vida media* de eliminación (cantidad de tiempo requerida para que su concentración se reduzca en un 50 por 100), lo que puede potenciar su toxicidad y generar problemas de sobredosis.

En cuanto a los efectos conocidos de los fármacos, tenemos en primer lugar los *efectos farmacológicos*, es decir, los efectos deseados, como por ejemplo, en el caso de los antipsicóticos, reducir las alucinaciones y delirios e incluso suprimirlos; en segundo lugar, los *efectos secundarios*, en general indeseables, como por ejemplo el temblor en el caso de los antipsicóticos clásicos, aunque en ocasiones son deseables como, por ejemplo, el aumento de la somnolencia producido por los tranquilizantes en el caso del sujeto ansioso que no puede dormir. En cualquier caso, estos efectos son conocidos, pues se deben a efectos colaterales del fármaco al actuar sobre receptores distintos de los que realizan el efecto terapéutico, y, por tanto, se pueden

corregir. En tercer lugar tenemos los *efectos idiosincrásicos,* indeseables y debidos a características especiales del individuo o de un grupo determinado de individuos, aunque son imprevisibles y muy raros; también pueden aparecer *reacciones alérgicas,* que se deben a respuestas inmunitarias ante las medicaciones y que se manifiestan, en general, mediante la aparición en la piel de granitos o ronchas, y, por último, también dentro de los efectos farmacológicos de los medicamentos está el *síndrome de discontinuación,* que tiene una relevancia especial, en nuestro caso, pues casi todos los psicofármacos producen un síndrome de discontinuación, que consiste en la aparición de problemas al terminar o interrumpir el tratamiento. La farmacodinamia también se ocupa de estudiar las interacciones entre drogas, pero este problema trasciende el marco de este capítulo.

Para que los psicofármacos realicen su efecto, deben entrar en el cerebro, encontrar su correspondiente receptor y ligarse a él, de tal forma que se produzca un cambio en el estado de la neurona; la respuesta celular a esa unión puede deberse a un *efecto agonista:* el ligando (fármaco en este caso) activa el receptor correspondiente, o a un *efecto antagonista:* el fármaco ocupa el lugar del receptor pero no lo activa, sino que lo bloquea, previniendo que otras sustancias activen el receptor. Sin embargo, la mayor parte de los psicofármacos no sólo se ligan a su receptor correspondiente sino que además se ligan a *otros receptores,* lo que da lugar a algunos efectos secundarios, como ocurre, por ejemplo, con los antipsicóticos, que no sólo bloquean la dopamina (lo que probablemente da lugar a sus efectos antipsicóticos) sino que además se unen a otros receptores como la acetilcolina, produciendo visión borrosa, estreñimiento, deterioro de la memoria y otros efectos anticolinérgicos; por otro lado, el hecho de que los psicofármacos no se liguen con exclusividad a los receptores de un tipo determinado, en un *lugar concreto* del cerebro, también contribuye a la aparición de sus efectos secundarios; siguiendo con el ejemplo anterior, los antipsicóticos, al bloquear la dopamina de los ganglios basales, producen efectos extrapiramidales (temblor, rigidez, etc.).

Como veremos a continuación, la farmacocinética y la farmacodinamia de los psicofármacos varían en función del tipo de fármaco del que estemos hablando.

3.2. Clasificación de los psicofármacos

Son muchas las clasificaciones existentes; una de las más clásicas es la de Delay y Deniker, introducida en 1954 en el coloquio internacional celebrado en París sobre «La clorpromacina y las drogas neurolépticas en la terapéutica psiquiátrica», es decir, a partir de la aparición de los antipsicóticos clásicos. Posteriormente veremos clasificaciones más actuales tanto a nivel farmacológico como psicopatológico, teniendo en cuenta que estas últimas derivan de las primeras y se centran más en los efectos psicopatológicos que en los específicamente farmacológicos, lo que quiere decir que su criterio de clasificación es más la utilidad clínica de los psicofármacos que sus propiedades farmacológicas, o el modelo en el que se sustentan.

La clasificación de Delay ya intentaba ajustarse a la clasificación internacional de enfermedades (CIE), en cuya sexta edición, en 1948, la OMS, que se hace cargo de esta problemática en este año, había introducido los trastornos mentales en un capítulo propio. Justamente el año de aparición del primer antipsicótico, 1952, es también el año de aparición del DSM-I; desde ese momento CIE y DSM van a servir de guía a los investigadores en psicofarmacología para intentar encontrar nuevos fármacos que resuelvan los problemas que los sistemas de clasificación les plantean. Junto a ello, y contrariamente a lo esperado, los trastornos mentales se van acercando cada vez más al fármaco y evitando al paciente (González y Pérez, 2007) al construirse modelos experimentales farmacológicos complejos que no acaban de ajustarse, lógicamente, a las condiciones de vida reales de los enfermos.

Hoy en día, desde un *punto de vista farmacológico,* podemos clasificar los psicofármacos en *psicolépticos,* que agrupan los antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes, y los *psicoanalépticos,* que integran los antidepresivos, psicoestimulantes y psicoanalépticos y los fármacos contra la demencia. Desde un punto de vista clínico, los podemos dividir como se muestra en la tabla 31.4.

TABLA 31.3[1]

Clasificación de los psicofármacos según Delay y Deniker (1954) y sus efectos psicopatológicos

Grupos de fármacos	Grupos de síntomas psicopatológicos
Neurolépticos	Alucinaciones y delirios. Excitación aguda o crónica, agitación. Impulsividad y agresividad patológicas. Estados onírico-confusionales. Síntomas psicosomáticos e hipocondrías. Trastornos de las conductas instintivas.
Timolépticos y antidepresivos	Depresión como signo, síntoma, enfermedad o síndrome. Inhibición psicomotriz. Algunos trastornos de la conducta en general y de los impulsos en particular.
Tranquilizantes o atarácticos	Ansiedad, angustia, tensión. Irritabilidad, intranquilidad, hiperemotividad. Trastornos menores de la conducta. Trastornos menores de los impulsos e instintos.
Psicotónicos o psicoestimulantes	Estados de cansancio intelectual. Fatiga. Estado depresivo ligero y superficial. Depresión con disforia psicasténica. Psicastenia. Trastornos deficitarios de los impulsos. Algunos trastornos de conducta: hiperquinesia infantil. Algunas intoxicaciones (barbitúricos, opiáceos, narcóticos, etc.).
Psicodislépticos o alucinógenos	Trastornos de la personalidad y carácter.

[1] Se utiliza la clasificación de Delay y Deniker según referencia de Llavero y Conde (1970).

3.3. Efectos de los psicofármacos

Como hemos visto en el parágrafo anterior, la clasificación clínica de los psicofármacos sigue los grandes apartados establecidos en cualquiera de las dos grandes clasificaciones de enfermedades mentales, CIE o DSM, es decir, habla de depresión, ansiedad, psicosis, manía (estabilizadores del estado de ánimo), demencia, abuso de drogas, etc., y al hacerlo es como si las bases biológicas y bioquímicas de dichos trastornos estuviesen bien establecidas: tendríamos, por tanto, que los trastornos depresivos estarían relacionados con un mal funcionamiento de las neuronas noradrenérgicas, serotoninérgicas y/o dopaminérgicas, la denominada *hipótesis de las aminas biógenas* de la depresión, ya que dichas aminas parecen desempeñar un papel fundamental en el funcionamiento del sistema límbico y del hipotálamo, relacionados ambos con la vida emocional. Dado que es posible reducir la cantidad de estos receptores cambiando la dieta o por medio de determinadas sustancias y se ha comprobado que muchas personas, a pesar de ello, no se deprimen, se ha tenido que recurrir a la predisposición genética para

TABLA 31.4

Clasificación clínica de los psicofármacos (Preston et al., 2007)

Grupos de fármacos	Nombre genérico	Receptores
1. **Antidepresivos:**		
• Tricíclicos y tetracíclicos	Imipramina, clomipramina, amitriptilina, trazodona, maprotilina, etc.	Adrenérgico, anticolinérgico, antihistamínico
• ISRS	Fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, fluvoxamina, escitalopram	Inhibidores selectivos recaptación de la serotonina
• ISNR	Venlafaxina, mirtazapina, duloxetina	Inhibidores recaptación serotonina y noradrenalina
• IRN	Reboxetina	Bloqueador recaptación noradrenalina
• IMAOS	Moclobemida, tranilcipromina	Inhibidores de la monoaminooxidasa
• Atípicos	Bupropión	Noradrenalina y dopamina
2. **Ansiolíticos:**		
• Benzodiacepinas	Diazepam, clonazepam, alprazolam, clordiazepóxido, lorazepam, etc.	GABA, aumenta íon Cl
• BZD atípicas	Zolpidem, zaleplon, zopiclona	BZ_1
• Buspirona	Buspirona	5-HT 1A (serotonina)
• Antihistamínicos	Hidroxizina, difenilhidramina	Histamina
• Betabloqueantes	Propanolol, atenolol, etc.	Bloquean noradrenalina β
• Clonidina	Clonidina	Agonista α-2 adrenérgico
3. **Antipsicóticos:**		
• Clásicos:		
— Baja potencia — Alta potencia	Clorpromazina Haloperidol	Bloqueo dopamina Bloqueo acetilcolina Bloqueo α-adrenérgico
• Atípicos	Risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol	Bloqueo de serotonina 5-HT2A y 5-HT2C Bloqueo de dopamina
4. **Estabilizadores ánimo:**		
• Litio	Sales de litio	¿GABA, dopamina, β-adrenérgico?
• Antiepilépticos	Carbamazepina, ácido valproico, lamotrigina, etc.	¿Inactivación canales del sodio? ¿Potenciación de la actividad del GABA?
5. **Antiparkinsonianos**	Trihexifenidilo, biperideno	Anticolinérgico

TABLA 31.4 *(continuación)*

Grupos de fármacos	Nombre genérico	Receptores
6. Psicoestimulantes:		
• Simpaticomiméticos	Metilfenidato	¿Bloquea recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica?
• Nootrópicos	Piracetam, citicolina, etc.	¿Estimuladores del SNC?
7. Antidemencia:		
• Anticolinesterasa	Donepezilo, rivastigmina, galantamina	Incrementan la acetilcolina
• Otros	Memantina	Ácido glutámico
8. Antidrogodependencia:		
• Antinicotina	Nicotina, bupropium	Agonista nicotínicos, ¿no se sabe por qué?
• Antialcohol	Disulfiramo, carbimida, naltrexona	Paraliza metabolismo alcohol
• Antiopioides	Metadona, levacetilmetadol, buprenorfina	Bloquea agonistas opiáceos Agonista receptores

explicar dichas variaciones individuales. Por otro lado, la disminución de los receptores podría deberse a numerosas causas: a la reabsorción excesivamente rápida de esos neurotransmisores, lo que impediría que la sinapsis tuviese lugar, a la disminución del disparo de neurotransmisores en el espacio sináptico, a que la MAO esté excesivamente activa, degradando excesivamente a los neurotransmisores, o a que exista un problema en la síntesis de proteínas neuroprotectoras.

Aunque no se sabe aún del todo cómo ejercen su acción sobre la depresión los distintos fármacos antidepresivos, sí se conocen sus efectos farmacológicos y de ellos se derivan sus efectos medicamentosos y, por desgracia, la hipótesis de las aminas biógenas. Así, la mayor parte de los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ADT) actúan al producir una disminución en la recaptación de la noradrenalina y de la serotonina, provocando, a la larga, un descenso de receptores β-adrenérgicos y, probablemente, de los serotoninérgicos postsinápticos, a lo que parece deberse que el efecto antidepresivo tarde en aparecer. Ahora bien, los ADT también actúan sobre otros receptores provocando los siguientes efectos secundarios:

1. Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, sequedad de la piel, visión borrosa y estreñimiento.
2. Efectos adrenérgicos: sudoración, disfunción sexual e hipotensión ortostática.
3. Efectos antihistamínicos: somnolencia, aumento de peso.
4. Otros receptores: disminución del umbral convulsivo, arritmias, aumento de la tensión arterial, ansiedad, etc.

Los ISRS, por su parte, son fármacos «más limpios» en el sentido de que, como su nombre indica,

su actuación es más selectiva, incidiendo precisamente sobre la serotonina, ya que son fármacos sintéticos que aparecieron como un intento de contrarrestar los efectos secundarios de los ADT. Precisamente el que actúen selectivamente sobre la recaptación de la serotonina y no sobre la noradrenalina ha llevado a que se cuestione su eficacia antidepresiva; sin embargo, su alta seguridad (es difícil que se produzca una muerte por sobredosis) respecto a los ADT les he llevado a convertirse en los fármacos antidepresivos más utilizados en la actualidad. Por otro lado, sus efectos secundarios son leves y se deben a su propia acción farmacológica; entre los más frecuentes están:

1. Gastrointestinales: náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, aumento o disminución del apetito.
2. Neurológicas: cefaleas, temblores, mareos, somnolencia.
3. Dermatológicas: sudoración.
4. Sexuales: disminución de la libido, anorgasmia, retraso eyaculatorio.
5. Hiponatremia por secreción inadecuada de hormona antidiurética.

En cuanto a los ISNR, evidentemente intentan mejorar los efectos de los ISRS al actuar también sobre la noradrenalina; además, también se han utilizado para el tratamiento de la fobia social. A los IRN les ocurre lo mismo que a los ISRS, que al actuar únicamente sobre la noradrenalina carecen del efecto serotoninérgico que también parece desempeñar un papel importante en la depresión. Por otra parte, el bupropión es un inhibidor de la recaptación de la dopamina y la noradrenalina, pero para que afecte a la dopamina se necesitan dosis mayores a las que se utilizan como antidepresivo.

Quizá los IMAO son de todos los antidepresivos los más desconocidos y, también, los menos utilizados, y esto se debe a que, si bien se conocen desde hace tiempo sus efectos farmacológicos (inhibidores de la MAO), también es cierto que presentan efectos secundarios graves (crisis hipertensivas súbitas y graves que pueden producir un derrame cerebral y muerte). Además, presentan numerosas interacciones con múltiples medicamentos: antidepresivos, barbitúricos, buspirona, disulfiramo, algunos antipsicóticos, anticongestionantes nasales, algunos antiácidos, antidiabéticos, triptófano, levodopa, hipérico, etc., por lo que es necesario un período de lavado de entre 15 días o más entre la toma de cualquiera de estos medicamentos y el inicio de un IMAO. Por otro lado, los IMAOS también interaccionan con alimentos ricos en tiramina, como los que se ofrecen en la tabla 31.5.

TABLA 31.5

Alimentos ricos en tiramina

• Quesos • Vainas de habas • Chorizo • Salchichón • Café • Bebidas con cola • Bebidas refrescantes edulcoradas con ciclamato • Extractos de carne • Carnes, aves o pescados que estén ahumados o escabechados (arenque, caballa, salmón, sardinas, atún) • Salami	• Fruta demasiado madura (sobre todo plátanos y aguacates) • Té • Hígado (ternera, buey y pollo) • Extractos de levadura • Mortadela • Salchichas • Bebidas alcohólicas • Chocolate • Paté (foie-gras)

Los ansiolíticos benzodiacepínicos, los más utilizados de todos, funcionan al interactuar con los receptores de las benzodiacepinas que están colocalizados con los receptores GABA (ácido gamma-aminobutírico), que tienen, en general, una función de inhibición de los receptores presinápticos. Se postula que su efecto ansiolítico se debe a que la unión de una BZD a un receptor benzodiacepínico aumenta los efectos del GABA y el influjo de iones Cl. La entrada de iones negativos (Cl) en la neurona modifica su estado eléctrico (se hiperpolariza) y disminuye su excitabilidad, lo que provoca una calma generalizada en muchas áreas del cerebro. La acción de la buspirona se debería a que actúa disminuyendo la cantidad de serotonina, y la de los betabloqueantes, a que al bloquear la noradrenalina actúan sobre los síntomas periféricos de la ansiedad (taquicardia, palpitaciones, etc.).

El *modelo dopaminérgico* ha servido de base para intentar explicar la acción de todos los antipsicóticos. Según este modelo, la actividad excesiva de la dopamina puede conducir a agitación conductual, a un fracaso en el filtrado de estímulos y a una desorganización de la percepción y el pensamiento, todo ello síntomas claros de la esquizofrenia; además, hay que subrayar que el modelo dopaminérgico surge después de comprobar los efectos que los antipsicóticos tenían en los enfermos esquizofrénicos; es decir, se trata de un modelo a posteriori. De hecho este modelo se ve respaldado por dos circunstancias: la primera es que la acción de los antipsicóticos correlaciona con su capacidad para bloquear los receptores D2 postsinápticos, y la segunda, que las drogas que aumentan la actividad dopaminérgica (como, por ejemplo, las anfetaminas) producen una psicosis paranoide similar a la esquizofrenia paranoide.

Sin embargo, el modelo dopaminérgico se debilita al demostrarse que otras drogas con efectos antipsicóticos son bloqueadores débiles del D2 y, sin embargo, tienen un efecto antipsicótico al bloquear los receptores serotoninérgicos 5-HT2A y 5-HT2C, lo cual ha llevado al descubrimiento de los antipsicóticos atípicos con actividad dopaminérgica y serotoninérgica. El funcionamiento de estos últimos también parece estar relacionado con la hipofunción de las neuronas del glutamato que conectan las cuatro áreas cerebrales que parecen estar más relacionadas con los trastornos esquizofrénicos (córtex prefrontal, el sistema mesolímbico, los núcleos sstriatum/acumbens y el lóbulo temporal medial). Por otro lado, los antipsicóticos atípicos producen como efectos secundarios problemas extrapiramidales (temblor, inexpresividad facial y andar arrastrando los pies) debido precisamente al bloqueo de la dopamina; además, pueden producir visión borrosa, estreñimiento, dificultades urinarias, sedación y disfunción sexual, debido a sus efectos anticolinérgicos, e hipotensión ortostática, por su acción antiadrenérgica. En cuanto a los antipsicóticos atípicos, sus efectos secundarios más visibles suele ser la ganancia de peso y problemas en el metabolismo de los carbohidratos (dislipemias y posibilidad de diabetes). Además, los antipsicóticos, en general, pueden producir el denominado *síndrome neuroléptico maligno,* caracterizado por fiebre, confusión y rigidez, que necesita ser tratado con urgencia pues de lo contrario puede producir la muerte. Por último, debido a los efectos secundarios de los antipsicóticos, sobre todo los clásicos, no es raro que éstos se asocien a una medicación anticolinérgica como el biperideno (akineton).

De los demás psicofármacos, poco hay que decir salvo lo señalado en la tabla de clasificación: sus efectos son específicos sobre la demencia o sobre alguna adicción en concreto y su mecanismo de acción es el que consta en la tabla correspondiente.

4. CONCLUSIONES

Como hemos podido ver, la utilización de los psicofármacos no está exenta de problemas, debidos, por un lado, a la falta de conocimientos que tenemos sobre el funcionamiento de nuestro sistema nervioso y de nuestro organismo en general y, por otro, a que se suele partir de una serie de presupuestos de tipo reduccionista, como lo es tanto el pensar que los procesos psicológicos se pueden reducir a procesos bioquímicos como el establecer

una similitud mimética entre procesos psicológicos y procesos físicos, sin reconocer lo específico de lo psicológico.

A pesar de ello, y al igual que ocurre con las medicaciones para enfermedades cuyas bases orgánicas están claramente establecidas (caso del cáncer, por ejemplo), los fármacos ejercen acciones beneficiosas para una gran parte de la población, aun cuando tengan efectos perjudiciales y no se conozcan claramente sus mecanismos de acción (piénsese en los efectos de la quimioterapia). Además, nadie dejaría de tomar una aspirina para su dolor de cabeza a pesar de que se conoce que el dolor es una sensación subjetiva y, por tanto, con un fuerte componente psicológico.

Dicho esto, es decir, que los psicofármacos pueden ser instrumentos útiles para ayudar a aquellas personas que presenten trastornos mentales, también hay que señalar que de esta proposición no se deriva el que los trastornos mentales tengan una causa orgánica ni que puedan ser explicados apelando exclusivamente a complejas reacciones bioquímicas. Pero tampoco lo contrario; indudablemente, mi dolor de cabeza puede estar producido por mis problemas laborales, familiares, etc., pero eso no quiere decir ni que tomando una aspirina se acaben mis problemas ni que no deba tomar una aspirina porque la causa de mi dolor de cabeza no sea física.

El mantener una división drástica entre lo orgánico y lo psicológico lleva, desde mi punto de vista, a un dualismo mente/cuerpo sin salida. Desde un punto de vista construccionista, cualquier enfermedad, trastorno, problema, etc., mental o no, es un producto de la interacción entre personas, e indudablemente adquiere su propio significado debido a esa interacción. El estigma y etiquetado del cáncer se deben a la interacción social, pero lo mismo ocurre con las mal llamadas enfermedades mentales o con la diabetes. Seguir manteniendo la distinción entre enfermedad mental y «las otras» sólo lleva a dos planteamientos: a que se mantenga que las otras, al ser ¿físicas?, ¿reales?, carecen del componente psicológico y subjetivo específico del ser persona o a que las «enfermedades mentales» sean tan subjetivas que carezcan de cualquier tipo de soporte tangible y se den en un vacío biológico difícil de mantener. El interaccionismo, ya desde Lewin hasta aquí, tuvo sus ventajas; olvidemos pues el choque entre posturas reduccionistas de un signo u otro y apostemos por una alianza entre lo biológico y lo psicológico a la hora de ayudar a personas, que es de lo que aquí se trata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Gisbert, J. (2000). *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar.* Barcelona: Aula Médica.

Se trata de un libro de pocas páginas en el que se presentan en forma de preguntas y respuestas las cuestiones más relevante sobre los psicofármacos, desde para qué sirven hasta qué tipos de efectos producen y las interacciones más importantes que tienen con otros fármacos. Muy recomendable para lectores profanos en la materia.

González, H. y Pérez, M. (2007). *La «invención» de trastornos mentales.* Madrid: Alianza Editorial.

Libro en el que se plantea una crítica razonada a la utilización de los psicofármacos en el tratamiento de los trastornos mentales pero que recurre, en ocasiones, a tópicos acerca de la gravedad y problemas que pueden originar, sin tener en cuenta los beneficios que pueden producir. Se decanta más por los costes que originan los psicofármacos en los clientes que por los beneficios que producen.

Preston, J. O., O' Neal, J. H. y Talaga, M. C. (2008). *Handbook of Clinical Psychopharmacology for Therapist,* 5.ª ed. New Harbinger Publications.

El libro de Preston es ya un clásico en estas actividades, encontrándose en la quinta edición. Se exponen los principales síndromes clínicos siguiendo el DSM-IV y se va analizando lo que se conoce de sus bases biológicas, y cómo debido a ello se deben utilizar unos psicofármacos u otros. Asimismo, se exponen

los principales problemas que tienen los distintos psicofármacos y se focaliza mucho en la conveniencia de la terapia combinada.

Salazar, M., Peralta, C. y Pastor, J. (2005). *Tratado de psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Se realiza un análisis exhaustivo de los principales psicofármacos utilizados en el mercado en la actualidad. Se hace especial hincapié en la farmacocinética y farmacodinamia de cada uno, así como en los efectos secundarios que producen y cómo resolverlos.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La afirmación «no hay alteración si no hay lesión» corresponde al modelo médico:

a) Anatomo-clínico.
b) Etiopatogénico.
c) Fisiopatológico.
d) Conductual.

2. ¿Cuál de las siguientes sustancias fue el primer antipsicótico con uso clínico?

a) Clorpromacina.
b) Olanzapina.
c) Haloperidol.
d) Centramina.

3. Un neurotransmisor es una sustancia producida, principalmente, en la neurona:

a) Postsináptica.
b) Presináptica.
c) Espacio sináptico.
d) Sistema nervioso central.

4. A la reabsorción de un neurotransmisor por la membrana de la neurona se le denomina:

a) Postencial de acción.
b) Ligando sináptico.
c) Recaptación.
d) Repolarización.

5. ¿Cuál de las siguientes sustancias **no es** un neurotransmisor?

a) Noradrenalina.
b) Tiramina.
c) Dopamina.
d) Serotonina.

6. A los procesos bioquímicos que ocurren dentro de la neurona desde que es absorbido un fármaco hasta que se excreta se les denomina:

a) Farmacocinética.
b) Farmacodinamia.
c) Farmacogenómica.
d) Psicofarmacología.

7. Al hecho de que un fármaco bloquee un receptor sin activarlo se le conoce con el nombre de efecto:

a) Antagonista.
b) Agonista.
c) Polarización.
d) Iónico.

8. Los fármacos que actúan selectivamente sobre la recaptación de la serotonina tienen principalmente un efecto:

a) Antipsicótico.
b) Ansiolítico.
c) Antidepresivo.
d) Ninguna es verdadera.

9. ¿Cuál de las siguientes sustancias es un antipsicótico atípico?

a) Clorpromacina.
b) Olanzapina.
c) Fluoxetina.
d) Alprazolam.

10. ¿A qué neurotransmisor se deben los efectos secundarios de sequedad de boca, visión borrosa y estreñimiento?

a) Noradrenalina.
b) Dopamina.
c) Acetilcolina.
d) Glutamato.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	a	b	c	b	a	a	c	b	a

Ejercicio físico en la intervención psicológica

32

MILAGROS EZQUERRO
JOSÉ M.ª BUCETA

1. PRESENTACIÓN

La mayoría de las personas, y los médicos en especial, consideran que el ejercicio físico puede reducir la ansiedad y la depresión y, en general, mejorar el funcionamiento emocional de las personas. Sin embargo, la utilización del ejercicio en la intervención psicológica está prácticamente ausente de los estudios bien controlados, y, por tanto, ni la determinación de su eficacia está establecida por el momento ni se han esclarecido los mecanismos mediante los cuales se producen tales beneficios. Los escasos trabajos publicados en este contexto han sido desarrollados desde el ámbito médico en su mayoría, y sólo, de forma excepcional, se encuentra alguno en el que el ejercicio se utiliza como recurso adjunto al tratamiento cognitivo-conductual.

Por este motivo, el presente capítulo supone una excepción, cuya iniciativa hay que agradecer al editor de este manual; una novedad que puede abrir una vía interesante para el avance de la psicología clínica, y una responsabilidad para sus autores, que tratarán de sintetizar los aspectos más relevantes de esta nueva perspectiva.

Puesto que las restricciones de espacio obligan a seleccionar unos contenidos, desestimando necesariamente otros, las lecturas recomendadas constituyen el complemento indispensable para comprender la situación actual de las relaciones entre ejercicio físico y salud mental y para completar el abanico de recursos de intervención para la promoción del ejercicio y el logro de la adecuada adherencia a éste.

En este capítulo, se abordarán las funciones que puede desempeñar el ejercicio en la intervención psicológica, como recurso adjunto a ésta, o como experiencia de activación o de afrontamiento conductual. Ambas perspectivas constituyen una propuesta novedosa, cuyo incipiente desarrollo ofrece un largo camino, aún por recorrer.

2. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DEL EJERCICIO EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

De forma esquemática, el ejercicio físico puede desempeñar en la intervención psicológica tanto la función de variable independiente, como recurso adjunto al tratamiento, o como experiencia psicológicamente relevante para alcanzar determinados objetivos. También de variable dependiente, como objetivo de la intervención, cuando ésta consiste, precisamente, en modificar determinados aspectos de la conducta de ejercicio que resultan inadecuados.

Como puede verse en la tabla 32.1, las diferentes funciones que puede desempeñar el ejercicio en la intervención psicológica pueden agruparse en cuatro vías, que serán comentadas brevemente, a continuación.

TABLA 32.1

Perspectivas y posibles ámbitos de aplicación del ejercicio en la intervención psicológica

		Algunos ejemplos de aplicaciones específicas
El ejercicio como variable independiente en la intervención psicológica	El ejercicio como recurso adjunto a la intervención psicológica.	— Enfermedades multietiológicas (por ejemplo, SFC; fibromialgia, etc.). — Trastornos emocionales comórbidos con enfermedad médica (por ejemplo, cardiopatías, riesgo coronario, diabetes, obesidad, etc.). — Síndrome de abstinencia respecto al cese en consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc. — Trastornos cuya remisión se favorezca con la mejora de la condición física. — Tratamiento de la obesidad — Tratamiento del tabaquismo, alcoholismo, etc.
		— Modificación de expectativas respecto al trabajo psicológico, facilitando el establecimiento de la relación terapéutica para una posterior intervención, a través de la experiencia de adherencia al ejercicio.
	El ejercicio como experiencia conductual relevante en la intervención.	— Modificación de tendencias de acción emocionales (por ejemplo, inactividad, evitación). — Experiencias conductuales de afrontamiento, a pesar de los síntomas. — Experiencias conductuales relevantes para facilitar la modificación cognitiva. — Exposición a señales corporales ansiógenas, etc. — Provocación de respuesta fisiológica de extenuación, incompatible con la ansiedad, para utilizar como alternativa a la relajación en DS.
El ejercicio como variable dependiente en la intervención psicológica	Promoción del ejercicio y mantenimiento de la adherencia.	Modificación de la conducta sedentaria.
		Mantenimiento del nivel de adherencia adecuado.
	Intervención en trastornos relacionados con el ejercicio.	Síndrome de dependencia del ejercicio.
		Trastornos que cursan con hiperactividad física (por ejemplo, anorexia nerviosa, dismorfia corporal muscular, etc.).

2.1. El ejercicio como objetivo central de la intervención psicológica

La modificación de la conducta sedentaria constituye un objetivo relevante para el psicólogo, y su intervención requiere una cuidadosa planificación. Puesto que, en la mayor parte de las aplicaciones del ejercicio en la intervención psicológica, el principal problema suele ser el logro de la adherencia adecuada a esta actividad, el psicólogo deberá completar su formación en este ámbito, ya que, por razones de espacio y por haber sido desarrollado previamente, no se incluirá en este capítulo. Para ello, en la bibliografía comentada, se reseña el texto de

Buceta, Bueno, Ezquerro, Eraña y Más (2001), en el que el interesado encontrará una descripción pormenorizada, con múltiples instrumentos y sugerencias útiles que podrá incorporar a muchas de sus intervenciones.

En dirección opuesta, la disminución de la frecuencia, intensidad o duración del ejercicio puede constituir uno de los objetivos de la intervención en el tratamiento de algunos trastornos, por ejemplo, en trastornos de la conducta alimentaria. Así, Calogero y Pedrotty (2004) analizaron el efecto de un programa de ejercicio sobre la reducción de la hiperactividad física compulsiva. Las mujeres adscritas al grupo de ejercicio no sólo ganaron un tercio más de peso, sino que redujeron significativamente la frecuencia de ejercicio compulsivo y excesivo, en comparación con las del grupo control.

Otro posible ámbito de aplicación, que no parece haber suscitado aún el interés de los investigadores, es el tratamiento de la adicción al ejercicio. En la misma línea, se encontrarían algunos tipos de dismorfia corporal, como la popularmente denominada «vigorexia», que cursa con ejercicio compulsivo. Ambas disfunciones ofrecen una parcela de interés para la psicología clínica.

2.2. El ejercicio como recurso adjunto al tratamiento psicológico

El objetivo del ejercicio, en estos casos, es potenciar los cambios que pretende la intervención psicológica, además de mejorar la condición física y la salud general del cliente. Algunas aplicaciones en este contexto son:

— En el tratamiento de la obesidad, el ejercicio desempeña una función clave, contribuyendo a la combustión de grasas y a la disminución del peso (mediante ejercicio anaeróbico), posibilitando también el remodelamiento corporal (combinando el programa aeróbico con ejercicios de carácter anaeróbico). Si se realiza esta actividad inmediatamente antes de las comidas, se reduce el apetito, facilitando el control de la ingesta al propio individuo obeso. Además, hacer ejercicio y perder peso son dos objetivos perfectamente congruentes con la noción de «estilo de vida saludable», por lo que es probable que se potencien recíprocamente, y ambos ofrecen excelentes oportunidades para desarrollar y fortalecer el autoncontrol necesario para combatir la obesidad.

— En trastornos del estado de ánimo, las mejoras en condición física y capacidad cardiorrespiratoria que produce el ejercicio proporcionan percepción de bienestar general. También, en estos casos, la actividad física puede constituir una fuente de gratificación interesante, propiciar la distracción y favorecer el desarrollo de percepción de control en este ámbito.

— En el tratamiento del tabaquismo y el alcoholismo, la iniciación de un programa de ejercicio paralelo a la intervención psicológica puede contribuir tanto a la eliminación de elementos tóxicos del organismo como a asociar el nuevo estilo de conducta con los beneficios cardiorrespiratorios y de mejora de salud en general.

— Numerosas enfermedades médicas presentan trastornos del estado de ánimo comórbidos, y en muchos de estos casos (cardiopatías, diabetes, etc.) el ejercicio desempeña un papel relevante en relación con la enfermedad, cuya remisión contribuye, en parte, a disminuir la sintomatología emocional. Asimismo, cuando estas enfermedades tienen carácter crónico, proporcionan al paciente una percepción de control interesante que contrarresta la sensación de impotencia frente a su enfermedad.

En suma, existen múltiples trastornos en cuyo tratamiento puede incorporarse el ejercicio con unos potenciales beneficios interesantes, ya que, tanto el ejercicio físico sistemático, y dirigido por un profesional en este ámbito, como el incremento de la actividad física (andar, correr, bailar, etc.) han mostrado notables beneficios sobre la salud orgánica, y se postula que, también, puedan favorecer el adecuado

funcionamiento emocional, tal vez mediante la mejora de la condición física y de la prevención y rehabilitación de algunas enfermedades médicas. En cualquier caso, el psicólogo deberá aprovechar la experiencia de ejercicio de su cliente para enfatizar los aspectos más positivos de esta actividad, favorecer la adherencia al programa de ejercicio y prevenir los problemas que puedan plantearse en este contexto.

2.2.1. *Eficacia del ejercicio en el tratamiento de trastornos mentales*

Aunque se han publicado numerosos estudios sobre las relaciones entre el ejercicio y el funcionamiento emocional, son escasos los que analizan la eficacia de éste en la intervención de trastornos mentales. En general, los resultados disponibles son más consistentes en relación con el tratamiento de la depresión moderada que en trastornos de ansiedad, conducta alimentaria o consumo de sustancias, que, aunque cuentan con algunos datos prometedores, están lejos de haber sido confirmados (Smith, 2006).

En cuanto a la eficacia del ejercicio, como adjunto al tratamiento de la depresión moderada, los resultados son más consistentes que en trastornos de ansiedad, conducta alimentaria o consumo de sustancias, como señala Smith (2006). En relación con la depresión leve, tanto el ejercicio aeróbico como el anaeróbico parecen tener efectos similares, e inferiores a los de la terapia cognitivo-conductual. En cambio, en el estudio de la eficacia del ejercicio en el tratamiento farmacológico de la depresión, los escasos estudios bien controlados permiten estimar un tamaño del efecto de $g = 1,39$, situándose en un rango medio-bajo, dentro de una escala de –4 a +4, (Stathoupolou, Powers, Berry, Smits y Otto, 2006). En un único estudio bien controlado, desarrollado desde la perspectiva psicológica (Freemont y Craighead, 1987), el tamaño del efecto fue pequeño ($g = 0, 27$). En este trabajo, se analizó la eficacia del ejercicio en combinación con terapia cognitiva (primera fase, diez semanas de TC; segunda fase, diez semanas TC + ejercicio; tercera fase, diez semanas ejercicio), encontrándose un ligero efecto en la última fase del tratamiento, favorable a los sujetos que hacían ejercicio.

En lo que concierne a la ansiedad, parece que el ejercicio aeróbico de intensidad media-alta tiene efectos ansiolíticos durante las dos horas siguientes a su práctica. En definitiva, aunque se dispone de algunos datos prometedores, éstos están lejos de confirmar una eficacia relevante. De hecho, la revisión de los programas de ejercicio que suelen prescribirse para el tratamiento de la depresión o la ansiedad es inespecífica en relación con la etiología o sintomatología de estos trastornos, circunscribiéndose a parámetros similares a los de los programas para la mejora cardiovascular. Es probable que, en la medida en que se vayan perfilando programas de ejercicio más específicos, puedan encontrarse efectos más relevantes.

Por último, la incorporación del ejercicio en el tratamiento de la anorexia nerviosa debería ser extremadamente cautelosa, con restricción absoluta de esta actividad, en la fase inicial, e incorporación progresiva, contingente con la normalización de la ingesta y el aumento de peso.

2.2.2. *Dificultades para implicar al cliente en un programa de ejercicio*

El mayor obstáculo para implementar un programa de ejercicio físico en la intervención psicológica suele ser la insuficiente motivación del individuo. Aun cuando éste tenga la motivación adecuada para iniciar el ejercicio, generalmente basada en las expectativas de disminución de la sintomatología, el riesgo de abandono en las primeras semanas es alto, ya que la experiencia supone más costes que beneficios: la falta de energía, el dolor o la percepción de falta de habilidad, junto al esfuerzo físico y psicológico que supone, son algunos obstáculos que dificultan la iniciación y el mantenimiento del programa.

En cualquier caso, la facilitación de la adherencia y el aprovechamiento psicológico de esta experiencia con fines terapéuticos pueden resultar cruciales. En esta dirección, en la tabla 32.2 se proponen algunas sugerencias útiles.

TABLA 32.2

Algunas consideraciones desde la perspectiva psicológica del ejercicio físico

— La frecuencia, intensidad y duración del ejercicio, o su carácter aeróbico vs. anaeróbico, son determinantes del programa de ejercicio.
— Pero, desde un punto de vista psicológico, la significación que el cliente otorga al ejercicio y la relación que esta actividad tiene con sus síntomas pueden ser cruciales.
— Otras dimensiones psicológicamente importantes del ejercicio son las alternativas como:

- Realizarlo a solas vs. en grupo.
- Practicarlo al aire libre, en un gimnasio, o en casa.
- Enfocar la atención en estímulos externos (por ejemplo, estímulos ambientales, música, conversación, etc.) vs. internos (por ejemplo, en las sensaciones físicas, percepción de control, etc.).
- Utilizar, o no, un pulsómetro, etc., como elemento de feedback.
- El tipo de actividad (por ejemplo, esgrima vs. carrera continua).

— A corto plazo, el ejercicio puede suponer más costes que beneficios para el cliente, por lo que todo aquello que altere esa proporción facilitará la adherencia.
— Muchos programas de ejercicio incluyen tareas propioceptivas, de relajación muscular o de control respiratorio, que pueden ser aprovechadas por el psicólogo.
— Otras tareas de elevada intensidad pueden facilitarse con técnicas psicológicas de afrontamiento, control atencional, etc.

En este contexto, las sugerencias de Buceta et al. (2001) cobran el máximo interés. En una versión mucho más simplificada, Seime y Vickers (2006) presentaron un protocolo que, con algunas modificaciones, se ofrece en la tabla 32.3.

El psicólogo no tiene por qué ser un experto en ejercicio físico, ya que su función no es ni programar ni dirigir dicha actividad; sin embargo, no debería limitarse a remitir a su cliente a un profesional del ejercicio, que sería el responsable de dicho programa. Puesto que el ejercicio, en este contexto, no tiene como objetivo primordial mejorar la condición física, sino favorecer la remisión de los síntomas y disminuir las interferencias que el trastorno produce en su dinámica familiar, laboral o social, es una tarea que el psicólogo debe considerar entre sus cometidos. Por otra parte, lo más probable es que el técnico deportivo se atenga a las indicaciones del American College of Sport Medicine, en función de las características del trastorno que presente el cliente. Estas prescripciones parecen difíciles de cumplir, especialmente por las personas con depresión mayor, por lo que la colaboración con el experto en ejercicio puede resultar crucial para la adherencia del cliente a dicha actividad. En la tabla 32.4 se proponen algunas sugerencias que pueden ser útiles para el psicólogo, en el inicio y mantenimiento del programa de ejercicio.

La utilización de instrumentos como la matriz de decisiones puede ser de gran ayuda para facilitar el proceso decisional del cliente respecto a involucrarse o no en el programa de ejercicio (para una descripción más detallada, véase Buceta et al., 2001). Además, proporciona información relevante que puede resultar clave para la intervención, en general. Un ejemplo de este instrumento se presenta en la tabla 32.5. Como puede observarse, las dos casillas en color gris tienen una especial relevancia. En ellas se reflejan, respectivamente, los principales obstáculos para iniciar y mantener el compromiso y los beneficios que éste comportaría al cliente. Además, aportan una información muy interesante sobre el funcionamiento cognitivo y emocional de éste (por ejemplo, ansiedad social específica, conductas habituales arraigadas y gratificantes, etc.) que pueden servir de punto de partida para explorar, evaluar y modificar algunas respuestas de estos ámbitos.

TABLA 32.3

Protocolo para facilitar el inicio en un programa de ejercicio (modificado a partir de Seime y Vickers, 2005)

1. Charle con su cliente sobre los beneficios del ejercicio físico, en general.
2. Considere en qué se beneficiaría su cliente, basándose en sus síntomas.
3. Indague sobre qué tipo de actividad física realiza habitualmente.
4. Si alguna vez ha sido más activo físicamente que ahora, pregúntele lo que hacía.
5. Ayúdele a recordar lo que más le gustaba de esa actividad.
6. Facilítele la evocación de los beneficios que obtuvo entonces.
7. Pregúntele lo que le impide ser más activo ahora.
8. Busquen conjuntamente cómo podría aumentar la actividad física diaria del cliente.
9. Establezcan juntos un primer paso realista, satisfactorio y con garantía de éxito.
10. Comparta con su cliente información sencilla sobre las recomendaciones estándar de ejercicio para personas con depresión (tipo de ejercicio, frecuencia e intensidad).
11. Tenga en cuenta que, para un paciente con depresión, puede ser alentador aprender que la actividad física tiene efectos acumulativos y que un esfuerzo breve puede mejorar su estado de ánimo.
12. Ofrézcale una variedad de alternativas, facilitándole el contacto con un profesional cualificado e incluso acompañándolo el primer día.
13. Mantenga contacto telefónico durante las primeras semanas, animándole a hablar de la experiencia y reforzando todos sus logros.
14. En las sesiones, destine un espacio a analizar su experiencia con el ejercicio y dótelo de estrategias para facilitar la superación de dificultades, relacionándolas con el afrontamiento de la vida, en general.

TABLA 32.4

Sugerencias para favorecer el inicio del programa para aumentar la actividad física dentro de la intervención psicológica

— Relacionar la inactividad física con el trastorno o con alguno de sus síntomas.
— Argumentar, con datos científicos, adecuando el lenguaje al del interlocutor.
— Explicar por qué el ejercicio forma parte del programa, vinculándolo al trastorno y al bienestar general del cliente.
— Propiciar el proceso de toma de decisiones, ofreciendo dos o tres alternativas, sin inducirlo hacia el ejercicio abiertamente.
— Proponer la actividad como experimento conductual.
— Explorar listado de preferencias (o de objetivos relevantes) del cliente respecto al ejercicio.
— Anticipar las dificultades que puede encontrarse y plantear algunas estrategias para solventarlas, pudiendo aprovechar para introducir técnicas cognitivas.
— Detectar fuentes de reforzamiento que pueden utilizarse para incrementar los beneficios iniciales.
— Minimizar los costes iniciales del ejercicio en la medida de lo posible.
— Establecer objetivos de realización (respecto al ejercicio) a muy corto plazo.
— Diseñar autorregistro para sensaciones relacionadas con el ejercicio y entrenar al cliente en su uso.
— Ofrecerse para contactar con el profesional de ejercicio físico, responsable del programa, e incluso acompañarlo hasta él.

TABLA 32.5

Ejemplo de matriz de decisiones de un varón con obesidad

Alternativas	**A corto plazo**		**A largo plazo**	
	Ventajas	**Inconvenientes**	**Ventajas**	**Inconvenientes**
Hacer ejercicio cuando surja una buena ocasión.	• Sentirme libre. • Hacer ejercicio cuando estoy motivado y disfrutar con la actividad. • No pegarme palizas.	• Que estas ocasiones surgen pocas veces. • Y que voy a encontrar muchos pretextos para escurrir el bulto.	• Que seguiré como hasta ahora.	• Que adelgazaré poco. • Que mi mujer se va a hartar. • Que mis hijos tengan un mal ejemplo conmigo. • Que puedo enfermar.
Combatir al «enemigo» comprometiéndome a seguir un programa de ejercicio.	• Tener la sensación de que puedo hacer algo positivo. • Que los demás vean que pongo algo de mi parte.	• Miedo a que no funcione. • Tener que hacer cosas que me cuestan mucho. • Miedo a no ser capaz de mantenerlo. • Enfrentarme a mi gordura y mi torpeza física delante de gente «cachas». • Prescindir de mis adoradas sesiones de sillón + cervecita al volver del trabajo. • Darle la razón a mi mujer, que me lleva machacando con el ejercicio mil años.	• Estar orgulloso de mí. • Darle un ejemplo a mis hijos. • Que mi mujer esté orgullosa de mí (e, incluso, que le guste más). • Dejar de ser un gordo. • Poderme poner ropa un poco más chula. • Sentir que soy capaz de controlarme. • Aprender a controlar mis malditos impulsos de butaca + comer cosas ricas. • Sentirme más atractivo. • Dar buena imagen en mi trabajo.	• No veo ninguno, si de verdad logro mantenerme en el programa de ejercicio.
Seguir como hasta ahora.	• Ninguna. • Aprender a vivir con limitaciones, como un gordo que se acepta sin desesperarse.	• Todos los que sufro ahora: • Ser el «gordo» de mi oficina y de mis amigos. • Que mi familia se avergüence de mí. • Ser gordo y sedentario, los dos pecados mortales de la sociedad actual.	• Esperar que haya suerte y que la cosa no vaya a más.	• Si no hay suerte, cada vez estaría peor.

2.3. El ejercicio como experiencia conductual, psicológicamente relevante en la intervención

2.3.1. *Posibles usos del ejercicio dentro de la intervención*

Una de las posibilidades más interesantes del ejercicio en la intervención psicológica es, precisamente, utilizarlo como experiencia conductual, al servicio de los objetivos terapéuticos, como han sugerido Barlow, Allen y Choate (2004). Las posibles aplicaciones propuestas por estos autores se sintetizan en la tabla 32.6.

Precisamente, en el mismo sentido de las propuestas de Barlow et al. (2004), algunos trabajos recientes, como los de McNally (2002), Broman-Fulks, Berman, Rabian y Webster (2004), Smits, Powers, Cho y Telch (2005) o Gimeno y Ezquerro (2006), han mostrado la utilidad del ejercicio para reducir la sensibilidad a la ansiedad. Todos ellos estaban centrados en la consideración del ejercicio como procedimiento de exposición interoceptiva, que permite la repetida confrontación con las sensaciones corporales temidas (por ejemplo, aumento de la tasa cardíaca, cambios en respiración, etc.), acompañado o no de otras técnicas cognitivas. Como señalan Barlow et al. (2004), los paquetes terapéuticos que enfatizan la sustitución de las tendencias de acción, con acciones compatibles con emociones alternativas, han mostrado su eficacia en una variedad de trastornos.

El empleo del ejercicio como elemento de activación conductual no debe ser la única actividad que se proponga, puesto que la clave de la activación conductual reside en la significación que tenga para el individuo que la realiza, y la medida en que ésta proporcione una experiencia satisfactoria.

2.3.2. *El ejercicio como alternativa al entrenamiento en relajación*

El ejercicio físico de intensidad supramáxima ha sido propuesto como un recurso útil en el tratamiento de trastornos de ansiedad, como fobias y ataques de pánico. El argumento que sustenta esta alternativa es que el estado de extenuación física producido por una actividad de intensidad supramáxima (o máxima) es incompatible con la respuesta de ansiedad, por lo que podría considerarse una alternativa a la relajación en el tratamiento de trastornos de ansiedad.

Aunque el razonamiento es aceptable, las objeciones a esta propuesta pueden plantearse tanto desde el punto de vista práctico como teórico:

— En la práctica, producir un estado de extenuación física con ejercicio de intensidad supramáxima requiere la presencia de un médico durante esta experiencia, y además no parece fácil de utilizar en los contextos naturales en que ocurre la respuesta fóbica (por ejemplo, trabajo, vuelos, lugares públicos, etc.), mien-

TABLA 32.6

Posibles aplicaciones del ejercicio como experiencia conductual de la intervención psicológica (adaptado de Barlow et al., 2004)

— Modificar los antecedentes de la evaluación cognitiva, por ejemplo, el contexto en que aparecen señales somáticas, seguidas de evaluación catastrofista, propiciando la reevaluación cognitiva de éstas.
— Prevenir la respuesta de evitación emocional, por ejemplo la evitación en trastornos de sensibilidad a la ansiedad.
— Facilitar tendencias de acción no asociadas con la emoción desajustada, por ejemplo la actividad vs. inactividad, en la depresión, en presencia de los síntomas.
— Reducir los síntomas fisiológicos y emocionales, propios del síndrome de abstinencia, al dejar de fumar, beber o consumir drogas, etc.

tras que el entrenamiento en relajación facilita al sujeto una respuesta eficaz y aplicable en cualquier situación de la vida diaria.
— Desde el punto de vista teórico, su aplicación en los ataques de pánico implica omitir que una de sus características es lo impredecible de su aparición, lo que supondría mantener al individuo en perpetuo estado de extenuación para prevenir dicho ataque.

En cualquier caso, habrá que tener presente que el ejercicio es sólo una parte de la intervención, cuya eficacia depende del aprovechamiento psicológico que se haga de esta experiencia, para la exposición, el afrontamiento o el contracondicionamiento.

2.4. El ejercicio como alternativa inicial a la intervención psicológica

Esta última posibilidad es una propuesta reiterada por parte de algunos autores (Salmon, 2001; Smith, 2006; Stathopoulou, 2006, entre otros). Con frecuencia, los médicos remiten al psicólogo pacientes afectados con enfermedades multietiológicas (por ejemplo, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, etc.) cuyo tratamiento farmacológico suele ser, a lo sumo, paliativo y en las que la terapia cognitivo-conductual ha mostrado más eficacia que otras alternativas. Sin embargo, estos pacientes suelen rechazar el trabajo psicológico, aferrándose a que su sintomatología orgánica es «real», y no una simulación, una exageración o un procedimiento para obtener beneficios secundarios.

En estos casos, el ejercicio podría constituir una alternativa a la intervención psicológica, pero, sobre todo, el trabajo del psicólogo para propiciar la adherencia al ejercicio podría servir de vía de acceso a una posterior intervención, al facilitar la relación entre el cliente y el psicólogo.

2.5. Hipótesis sobre los beneficios psicológicos del ejercicio

Mientras los efectos del ejercicio sobre el funcionamiento orgánico parecen estar bien establecidos y los mecanismos mediante los cuales se producen dichos efectos son conocidos, el panorama psicológico es bastante más confuso, tanto en lo que concierne a los beneficios como, muy especialmente, a las vías mediante las cuales actuaría el ejercicio para mejorar el funcionamiento emocional. En la tabla 32.7 se sintetizan las principales hipótesis explicativas.

La hipótesis de que el ejercicio aumenta la concentración de β-endorfinas y que éstas favorecen estados emocionales positivos es tan popular como discutible, destacándose dos objeciones entre las múltiples que se han formulado:

— En los estudios con humanos, se miden los cambios en β-endorfinas en plasma —no en el cerebro—, asumiendo que hay una relación entre ambos, a pesar de que las β-endorfinas no pueden viajar desde el torrente circulatorio al cerebro tan fácilmente.
— Cuando se han bloqueado las β-endorfinas, usando antagonistas de este opiáceo (naloxona o naltrexona), la experiencia subjetiva de bienestar tras el ejercicio era similar a la observada sin bloqueo β-endorfínico.

En cuanto a las hipótesis psicológicas, tanto la distracción como la interacción social ni son exclusivas del ejercicio físico ni inherentes a éste; sin embargo, los profesionales del ejercicio que propician ambas variables suelen obtener unas tasas de adherencia notablemente más altas que los que las descuidan y, por tanto, mejores resultados. De hecho, en numerosos estudios en los que se observan beneficios en estado de ánimo asociados con el ejercicio, las tareas asignadas al grupo control son notablemente menos atractivas y «distraídas» que el programa de ejercicio; además, los sujetos adscritos a este último grupo suelen recibir mucha más atención por parte de los terapeutas que los del grupo control. En lo que concierne al aumento en percepción de control, o mejoras en autoeficacia, cabe suponer que, aunque por el momento sólo se han propuesto como argumentos explicativos, puedan ser contrastados en futuros estudios.

TABLA 32.7

Hipótesis más relevantes para explicar los beneficios psicológicos del ejercicio físico

Hipótesis fisiológicas	Serotonina	Modificaciones en la función serotonínica (5-HT) mediante cambios en los receptores postsinápticos serotonínicos (específicamente, 5-HT2C) o en la respuesta del mCPP, un agonista del 5-HT.
	β-endorfinas	El papel de las endorfinas está sujeto a importantes objeciones, a pesar de su popularidad.
	Sueño	El efecto del ejercicio intenso favorece el ciclo del sueño, con frecuencia alterado en personas con trastornos emocionales.
	Cortisol	El ejercicio extenuante aumenta la concentración de cortisol (melatonina y β-endorfinas) en plasma.
Hipótesis psicológicas	Distracción	La atención centrada en la ejecución de los ejercicios interrumpiría el flujo de pensamientos depresógenos, ansiógenos, etc.
	Interacción social	Propiciaría el acceso a una fuente de gratificación al facilitar la relación interpersonal.
	Expectativas	La creencia sobre los beneficios del ejercicio propiciaría la autoconfirmación de éstos. La congruencia entre las creencias en la salud y la conducta de ejercicio reforzaría la implicación del paciente y su satisfacción.
	Percepción de control/ autoeficacia	La percepción del progreso en los ejercicios físicos, el aumento de tolerancia a la fatiga, etc., podrían actuar como reforzadores encubiertos.

2.6. Algunas cuestiones básicas sobre ejercicio físico

El psicólogo clínico no tiene que ser un experto en ejercicio, puesto que la prescripción, el diseño del programa y su supervisión corresponden al profesional del ejercicio, aunque parece razonable que conozca algunos conceptos básicos, como los ejercicios aeróbicos vs. anaeróbicos. La diferencia fundamental entre ambos es la fuente de obtención de energía para realizar la actividad, pero en muchos casos la delimitación entre un tipo y otro de ejercicio es confusa, por lo que el término «predominantemente» aeróbico o anaeróbico soslaya este problema (véase la tabla 32.8).

Para estimar el consumo máximo de oxígeno y para determinar la condición física de una persona, se suele utilizar el test de Cooper, que consiste en correr durante 12 minutos exigiendo que la persona llegue a su límite de resistencia. La distancia de referencia suele ser de 2.414 m, para hombres, y de 2.172 m, para mujeres. Esta prueba no debe utilizarse con personas obesas, fumadoras, diabéticas, con asma, hipertensión, trastornos respiratorios o enfermedades cardiovasculaes. Tampoco se realizará cuando la persona tenga gripe, fiebre, etc., esperando al menos una semana después de que se haya restablecido completamente. En cualquier otro caso, el médico habrá de determinar si la prueba puede aplicarse o no.

TABLA 32.8

Cuestiones básicas sobre ejercicio con predominio aeróbico y anaeróbico

Elementos diferenciales	Ejercicio predominantemente aeróbico	Ejercicio predominantemente anaeróbico
Fuente de energía	El oxígeno, que es necesario para la combustión de hidratos de carbono y grasas.	El sistema ATP-PC, durante los primeros diez segundos, y el sistema de ácido láctico (durante tres minutos), que utiliza glucosa en ausencia de oxígeno.
Características	Ejercicio de intensidad moderada o baja y larga duración.	Actividad breve y de alta intensidad.
Indicadores	— Consumo máximo de oxígeno (VO2 MAX)*. — Frecuencia cardíaca (150/160 pulsaciones por minuto, como máximo)**.	— Niveles de ácido láctico. — Frecuencia cardíaca superior a 160 pulsaciones por minuto**.
Ejemplos	Andar, correr, pedalear, jugar un partido de tenis, etc., resistencia.	Saltar, esprintar, ejercicios con pesas, etc., fuerza, potencia, masa muscular.

* VO2MAX es la cantidad máxima de oxígeno que puede aprovechar el cuerpo durante un período determinado realizando una actividad física de cierta exigencia.

** La frecuencia cardíaca varía en función de la edad, el sexo, la condición física, etc., por lo que los valores aquí reseñados son una mera indicación general.

Una vez finalizada la prueba, los resultados de la distancia recorrida pueden compararse con las tablas de Cooper (véase la tabla 32.9).

Como puede observarse, sólo existen dos categorías satisfactorias, a pesar de que, al parecer, el 80 por 100 de la población mundial estaría fuera de éstas. Por otra parte, utilizar como criterio la distancia recorrida parece requerir algún matiz que el autor no ha considerado, ya que la longitud de zancada puede variar notablemente de unas personas a otras en función de su altura. El test sirve para establecer la condición física para iniciar un programa de entrenamiento que mejore su condición física actual, pero puede resultar poco motivador para la persona que se inicia en esta actividad. En la misma línea, la evaluación de los progresos podría resultar desalentadora si no se acompaña de otros datos más sensibles a los cambios.

Para ampliar conocimientos sobre ejercicio, el American College of Sport Medicine (2005) ofrece algunas recomendaciones estándar que pueden resultar orientativas y una tabla de conversión en MET *(Metabolic Equivalent),* como unidad de equivalencia de la energía consumida, por hora, en la actividad (véase la tabla 32.10). Otra alternativa útil es el 7 Day-Recall, instrumento que puede utilizarse con el mismo propósito (véase Buceta et al., 2001). Con datos como los que proporciona la tabla 32.10, se puede estimar el nivel de actividad y el incremento de ésta, desde el punto de vista de su intensidad y del consumo energético, considerando una variedad de tareas.

2.7. Consideraciones finales respecto a la utilización del ejercicio en la intervención psicológica

De forma sintética, se exponen algunas consideraciones que no por obvias dejan de ser relevantes:

— El ejercicio es sólo una parte de la intervención psicológica, por lo que incorporación habrá de ser sopesada en relación con las ne-

TABLA 32.9

Criterios de Cooper para la evaluación de la condición física

TABLA DE COOPER				
Hombres (2.414 m)				
Categoría	**Menos de 30 años**	**30 a 39 años**	**40 a 49 años**	**50 años o más**
Muy mala	Menos de 1.600 m	Menos de 1.500 m	Menos de 1.400 m	Menos de 1.300 m
Mala	1.600 a 2.199 m	1.500 a 1.999 m	1.400 a 1.699 m	1.300 a 1.599 m
Regular	2.200 a 2.399 m	2.000 a 2.299 m	1.700 a 2.099 m	1.600 a 1.999 m
Buena	2.400 a 2.800 m	2.300 a 2.700 m	2.100 a 2.500 m	1.600 a 2.400 m
Excelente	Más de 2.800 m	Más de 2.700 m	Más de 2.500 m	Más de 2.400 m
Mujeres (2.172 m)				
Categoría	**Menos de 30 años**	**30 a 39 años**	**40 a 49 años**	**50 años o más**
Muy mala	Menos de 1.500 m	Menos de 1.400 m	Menos de 1.200 m	Menos de 1.100 m
Mala	1.500 a 1.799 m	1.400 a 1.699 m	1.200 a 1.499 m	1.100 a 1.399 m
Regular	1.800 a 2.199 m	1.700 a 1.999 m	1.500 a 1.899 m	1.400 a 1.699 m
Buena	2.200 a 2.700 m	2.000 a 2.500 m	1.900 a 2.300 m	1.700 a 2.200 m
Excelente	Más de 2.700 m	Más de 2.500 m	Más de 2.300 m	Más de 2.200 m

TABLA 32.10

Algunas actividades con su correspondiente equivalencia en MET (adaptado de Haskell et al., 2007)

Intensidad ligera < 3.0 MET	**Intensidad moderada 3.0 a 6.0 MET**	**Intensidad vigorosa > 6.0 MET**
Caminar despacio por la casa, oficina, etc. = 2.0 MET.	Caminar 4.800 m/h = 3.3 MET.	Caminar o correr sobre superficies irregulares 7.200 m/h = 6.3 MET.
Tareas cotidianas	**Tareas domésticas ocasionales**	**Tareas cotidianas más duras**
Trabajar en el ordenador = 1.5 MET.	Limpiar el garaje, las ventanas, fregar suelos, etc. = 3.0 MET.	Mover paja, arena, etc. = 7.0 MET.
Hacer tareas domésticas (fregar, hacer camas, planchar, cocinar, etc. = = 2.0 MET.	Trabajos de carpintería = 3.6 MET. Acarrear y apilar madera = 5.5 MET.	Acarrear piedras, ladrillos, etc. = 7.5 MET. Trabajo duro en la granja = 8.0 MET.
Actividad de ocio	**Deporte recreativo**	**Deporte competitivo**
Trabajo manual artístico = 1.5 MET. Jugar al billar = 2.5 MET. Remar = 2.5 MET. Pescar sentado = 2.5 MET. Tocar instrumentos = 2.5 MET.	Baloncesto = 4.5 MET. Ciclismo = 4.5 MET. Bailar = 3.0 a 4,5 MET. Pescar en el río, moviéndose = 4.0 MET. Nadar = 6.0 MET. Tenis (doble) = 5.0 MET.	Baloncesto = 8.0 MET. Ciclismo (de 19.200 m/h a 25.600 m/h) = 10 MET. Nadar = 11 MET. Tenis (individual) = 8.0 MET.

cesidades y expectativas del cliente, sin interferir con los objetivos psicológicos.

— Aunque el ejercicio no constituya el foco central de la intervención psicológica, parece interesante que los clínicos integren esta alternativa dentro de su trabajo y ofrezcan tanto el procedimiento como los resultados a la comunidad científica para avanzar en esta parcela de conocimiento.
— Antes de proponer un programa de ejercicio, el cliente debe superar una revisión médica que descarte contraindicaciones para la realización de esta actividad.
— Si el psicólogo utiliza el ejercicio como adjunto a la intervención, habrá de proveerse de un listado de profesionales de este ámbito para remitir a sus clientes. Por supuesto, el programa habrá de adecuarse a las características del cliente, tanto en edad como en historia de ejercicio, etc.
— Es indispensable facilitar la adherencia al programa de ejercicio, pudiendo comenzar, previamente, con el aumento de actividad física de bajo coste percibido y elevada probabilidad de éxito para el cliente. Las propuestas de Buceta et al. (2001) pueden ser de extraordinaria utilidad en este contexto.
— Las decisiones que el psicólogo tiene que tomar respecto a la introducción del programa de ejercicio en la intervención psicológica se sintetizan en la figura 32.1, como sugerencias orientativas.

El contenido del programa de ejercicio es responsabilidad del profesional especializado en esta materia, como se ha comentado con anterioridad; no obstante, parece conveniente que el psicólogo disponga de algunas nociones generales en relación con la intervención psicológica en determinados trastornos. En este sentido, en la tabla 32.11 se presenta una propuesta relacionada con el tratamiento de la obesidad que puede resultar ilustrativa.

Como puede observarse, un programa de ejercicio de esta naturaleza debe ser prescrito y supervisado por un educador físico especializado tras la revisión médica correspondiente. En casos de obesidad, están contraindicados los ejercicios con impacto sobre las articulaciones, como correr, saltar, etc. En cambio, el ejercicio realizado en una piscina puede constituir una alternativa interesante, al minimizarse dicho impacto. Además, si las sesiones de ejercicio finalizan justo antes de comer, tendrán un efecto reductor del apetito, facilitando el seguimiento de una dieta correspondiente.

3. INCORPORACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: UN EJEMPLO EN UN CASO CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)

Se ha seleccionado esta enfermedad por dos motivos fundamentales: el primero, porque quienes la padecen suelen poner objeciones al trabajo psicológico por creer que se les considera unos simuladores o se les niega la entidad real de sus síntomas. De hecho, la estrecha vinculación con trastornos emocionales y la ausencia de alteraciones fisiológicas que justifiquen su presencia suelen dar lugar a que los médicos tiendan a concebirla como un trastorno mental, similar a la antigua neurastenia (Sandín, 2005). El segundo, porque el ejercicio físico parece desempeñar un papel relevante en el tratamiento de esta dolencia como alternativa a la intervención psicológica, pero, preferiblemente, como puente de acceso a ésta.

3.1. Descripción general del síndrome de fatiga crónica

La fatiga crónica es una de las disfunciones más frecuentes de las personas que acuden a centros de atención primaria. Hasta la fecha, se mantiene que la etiología del SFC es multifactorial, variada y poco conocida. Puede desencadenarse tanto a partir de una enfermedad infecciosa como tras una intervención quirúrgica o una prolongada experiencia de estrés. La depresión y la ansiedad comórbidas pueden ser tanto el desencadenante como la consecuen-

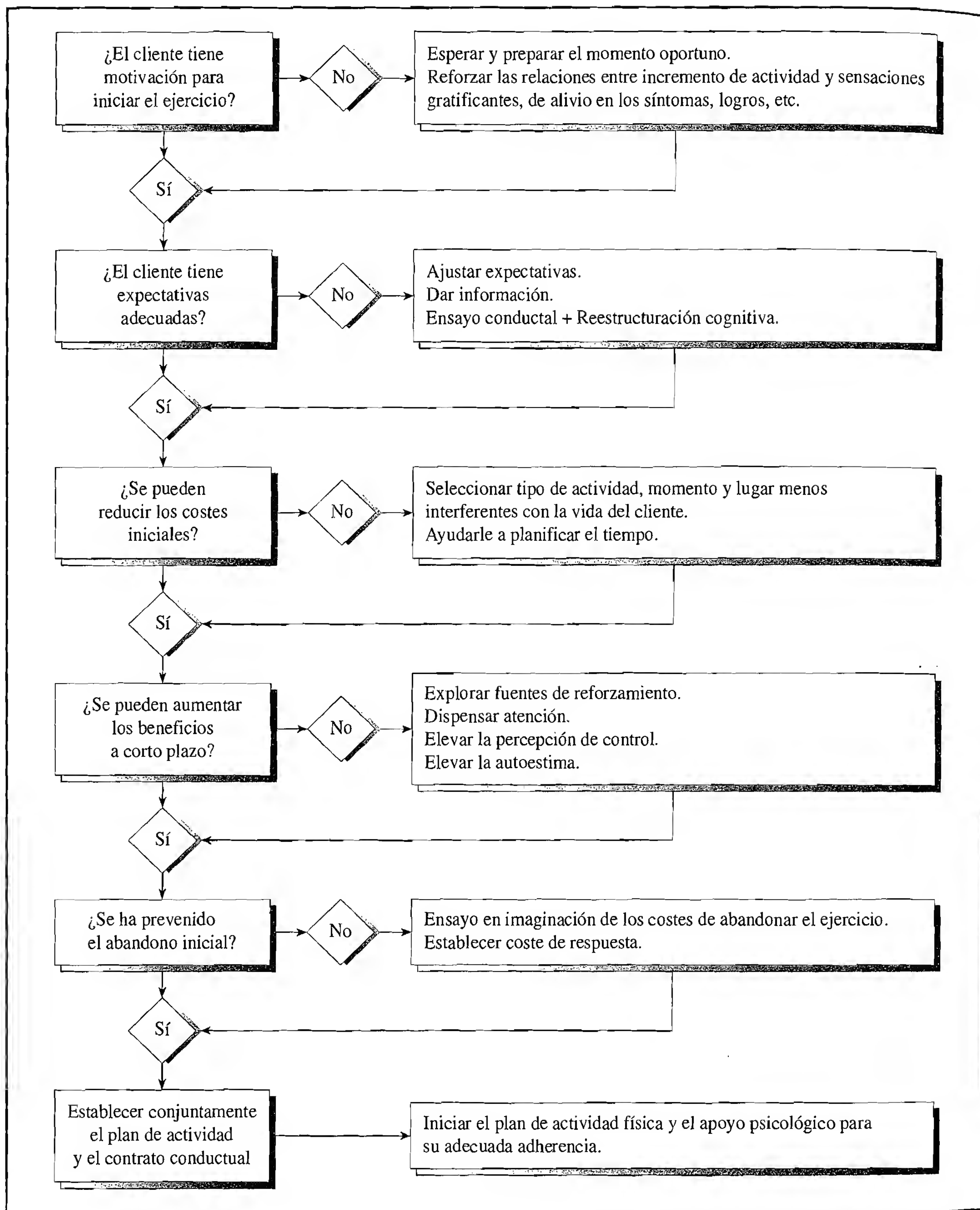


Figura 32.1.—Diagrama de decisión respecto a la incorporación del ejercicio físico en la intervención psicológica.

TABLA 32.11

Ejemplo de un programa de ejercicio para el tratamiento de la obesidad

Fase	Lugar	Tipo de ejercicio
Fase inicial (cuatro semanas)	Gimnasio: dos sesiones/semana (pueden realizarse ejercicios semejantes a los propuestos, en piscina profunda).	**Aeróbico** (10 min.). **PANM*** (10 min.): — Una serie de 15 repeticiones, miembros superiores (por ejemplo, prensa de pecho, remo, etc.). **Aeróbico** (10 min.). **PANM** — Dos series de 20 repeticiones, trabajando faja muscular de la región lumboabdominal (por ejemplo, abdominales, extensores lumbares, etc.). **Aeróbico** (10 min.). **PANM** — Tres series de 20-30 repeticiones, trabajando miembros inferiores.
	Fuera del gimnasio.	Tres o cuatro períodos de diez minutos de ejercicio aeróbico cada día (andar, pedalear, etc.).
Fase intermedia (cinco semanas)	Gimnasio/piscina: tres sesiones/semana.	**Aeróbico** (10-13 min.). **PANM:** — Dos series de 12 repeticiones, miembros superiores. — Tres series de 15 repeticiones, faja lumboabdominal. — Cuatro series de 15-20 repeticiones, miembros inferiores.
	Fuera del gimnasio, dos o tres días.	Tres o cuatro períodos de 15 min. de actividad aeróbica, cada día.
Fase avanzada (programa estable)	Gimnasio/piscina: tres o cuatro sesiones/semana.	**Aeróbico** (un día/semana): sesiones de 60 min. con ejercicios aeróbicos variados. **PANM** (dos días/semana): — Tres series de diez repeticiones, miembros superiores (aducciones horizontales de hombro; remo horizontal; squat). — Cinco series de 15 repeticiones, faja lumboabdominal (aductores y abductores de cadera: prensa de hombro). — Cuatro series de ocho a diez repeticiones, miembros inferiores. **Aeróbico** (20 min.).
	Fuera del gimnasio: cuatro días/semana.	Un día: dos períodos de 30 minutos de actividad física. Tres días: cuatro o cinco períodos de diez minutos de actividad física.

* PANM: potencia anaeróbica máxima (ejercicios de alta intensidad y breve duración).

cia del SFC. Con frecuencia, los pacientes son diagnosticados de depresión, ya que ambos trastornos no sólo se solapan sino que, precisamente, la fatiga y la tendencia a la inactividad son síntomas comunes en ambos trastornos. Además, el desarrollo del síndrome parece obedecer más a mecanismos psicológicos que fisiológicos.

Como se puede ver en la figura 32.2, el efecto de la recomendación médica habitual, consistente en aumentar el tiempo de descanso, no sólo no logra el

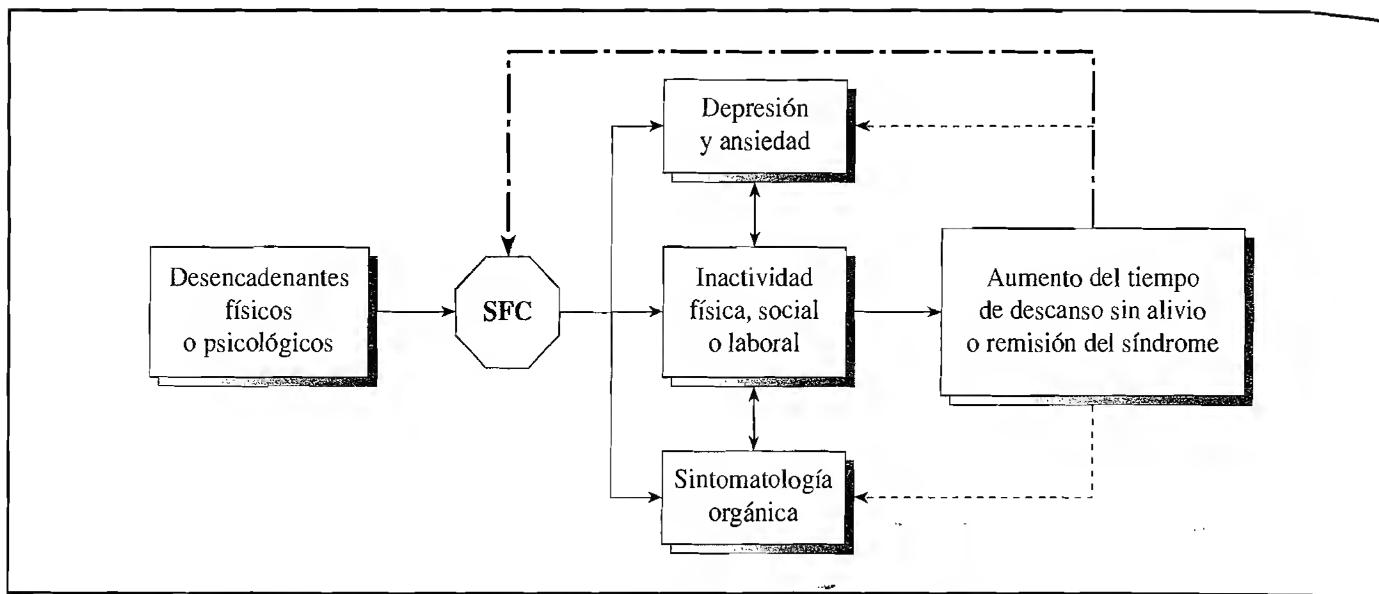


Figura 32.2.—Representación esquemática del proceso común en el SFC.

alivio de la fatiga, sino que, por el contrario, atrapa al paciente en un círculo vicioso que perpetúa e incluso aumenta su malestar, tanto psicológica como físicamente.

La inactividad física que, de forma espontánea o por recomendación médica, se agudiza en estas personas suele suponer el abandono de la mayor parte de las tareas habituales, con disminución de las oportunidades de interacción social o logro personal y la consiguiente pérdida de fuentes de gratificación. Como este proceso es común al que ocurre en los trastornos depresivos, ampliamente descritos en numerosos textos, no se abordará en este capítulo. En cambio, las consecuencias fisiológicas de la inactividad física no suelen estar presentes en los manuales de psicología, por lo que en la figura 32.3 se presenta una síntesis de las más relevantes.

Como se desprende de la figura 32.3, el aumento de la actividad física parece relevante en el tratamiento del SFC, como un componente principal de éste y no sólo como recurso adicional.

La descripción más precisa de las consecuencias de la inactividad física afecta no sólo al SFC, sino que es muy similar a la que habría que considerar en el tratamiento de otros trastornos, como la depresión o la fibromialgia, en el que el ejercicio físico puede desempeñar un papel útil. En el epígrafe 3.2 se ofrece una descripción más precisa del deterioro neuromuscular y bioquímico que se produce con la inactividad física.

3.2. Tratamiento del síndrome de fatiga crónica

Actualmente, a quienes padecen un SFC se les ofrecen tres vías para combatir su enfermedad: el enfoque médico, la perspectiva del ejercicio físico y la psicológica.

3.2.1. *Tratamiento médico*

El tratamiento farmacológico del SFC suele incluir, fundamentalmente, antidepresivos y corticoesteroides, pero los resultados son desalentadores. Por otra parte, los médicos suelen recomendar bien guardar reposo, bien hacer «deporte», en general, sin mayores precisiones.

3.2.2. *Tratamiento mediante ejercicio físico*

El ejercicio físico que suele prescribirse para el SFC consta de sesiones de 30 minutos, cinco días por semana, con intensidad media-alta de carácter

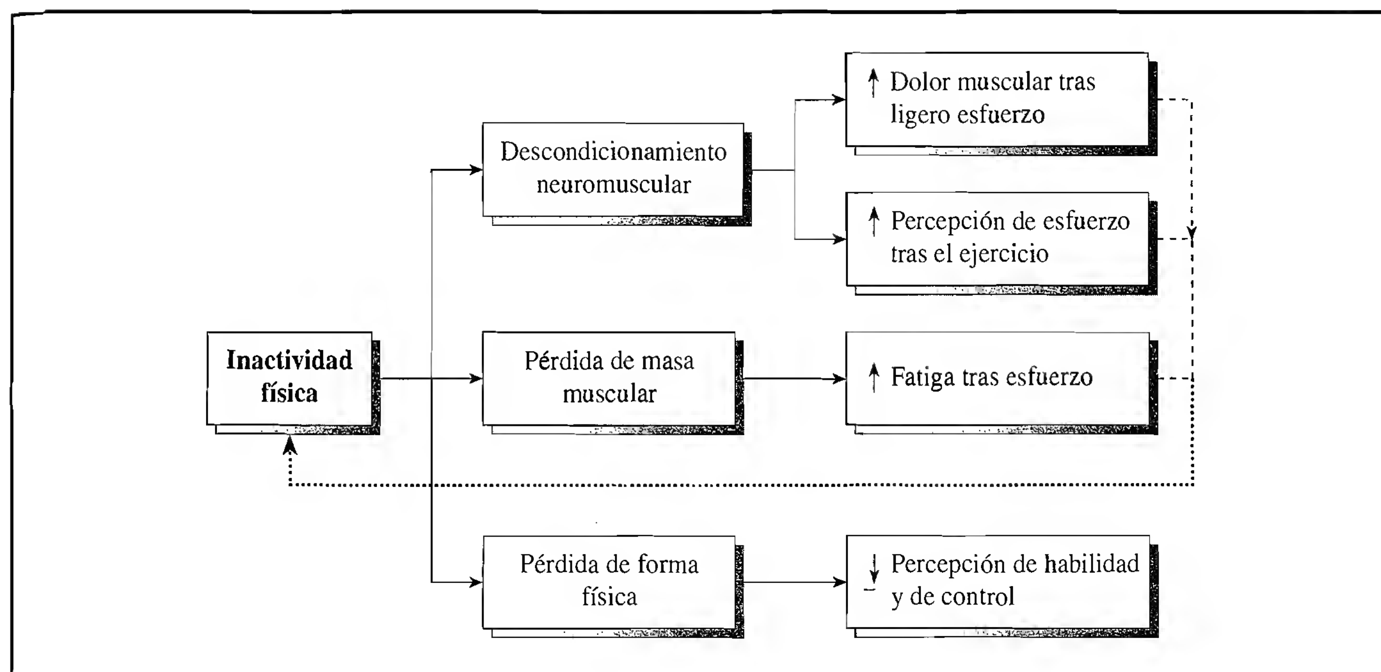


Figura 32.3.—Retroalimentación de la inactividad a través del deterioro físico que ésta produce.

aeróbico, con tareas muy específicas Un ejemplo de contenidos de un programa para esta enfermedad se presenta en la tabla 32.12.

Como puede observarse en la tabla 32.12, las diferentes tareas del programa de ejercicio guardan una estrecha relación con aspectos psicológicos,

TABLA 32.12

Tareas que suelen contemplarse en un programa de ejercicio para el tratamiento del SFC

Trabajo de propiocepción	El objetivo es reestablecer la comunicación neural entre el cerebro y las raíces nerviosas de los músculos, deteriorada por la atrofia muscular producida por la inactividad. Contribuye a percibir correctamente la posición del cuerpo en el espacio, el grado de flexión, etc., y a recuperar el esquema corporal y la coordinación.
Estiramiento pasivo	Tanto de la musculatura tónica (sóleos, gemelos, cuádriceps...) como para el fortalecimiento de musculatura fásica (glúteos, abdominales, tibial anterior, etc.). Su objetivo es reducir los desequilibrios y las sobrecargas posturales.
Control respiratorio	Asociando inspiración con contracción muscular y extensión muscular con espiración.
Movilidad articular	El objetivo es lubricar las articulaciones facilitando la distribución homogénea del líquido sinovial en ellas. Se trata de realizar rangos de movimiento articular grandes.
Relajación muscular	Mediante ejercicios de flexibilidad (inicialmente, de forma pasiva; después, con ayuda, y, finalmente, con estiramientos activos). Se evalúan las sensaciones de dolor, tensión y relajación.

ofreciendo una excelente vía para optimizar, física y psicológicamente, estas experiencias.

Se considera apropiado el ejercicio del que el paciente puede recuperarse en un tiempo no superior a 15 minutos, una vez realizado, y debe basarse en las habilidades actuales de la persona y en sus preferencias. Se comienza con tareas de unos 30 segundos, seguidas de un minuto de descanso, e incluso hasta la recuperación total. La duración de las sesiones no debe sobrepasar los 20 minutos.

El dolor muscular y articular, junto al malestar tras haber realizado algo de ejercicio, son obstáculos relevantes para involucrar al individuo en un programa de ejercicio o para el simple incremento de actividad física. Aunque parece prudente comenzar por el amento progresivo de actividad, no siempre es lo más adecuado, porque muchas personas han tenido experiencias poco satisfactorias en estas tareas y no es fácil motivarlas para que las reanuden. En cambio, la alternativa de iniciar un programa de ejercicio específico para combatir algunos síntomas de su enfermedad puede resultar más esperanzadora, facilitando su aceptación.

3.2.3. *Tratamiento cognitivo-conductual*

Hasta el momento, sólo la terapia cognitivo-conductual ha mostrado eficacia significativa. Por otra parte, el ejercicio físico también parece desempeñar un papel relevante, por lo que la conjunción de ambas vías de intervención parece prometedora. Actualmente, existen varios protocolos de intervención específicamente diseñados para el tratamiento del SFC (Sandín, 2005). En líneas generales, se combina el entrenamiento en habilidades de afrontamiento con el aumento de la actividad (incluyendo ejercicio físico programado) y la reestructuración cognitiva. El SFC no se recoge en ningún sistema diagnóstico, pero se puede consultar Sandín (2005) para conocer los criterios que permiten establecerlo.

El tratamiento cognitivo-conductual parece constituir, por el momento, la única vía eficaz para combatir el SFC y, además, ofrece un marco adecuado para incorporar el ejercicio, cuyos beneficios parecen prometedores, y evaluar su eficacia. Resolver las dificultades que entraña la mayoría de las actividades físicas para estos pacientes supone una parcela de considerable interés para los psicólogos.

3.3. Propuesta de intervención psicológica con ejercicio físico en un caso de SFC

Un elemento inicial, común a todas las propuestas de intervención, es reformular la enfermedad en términos biopsicológicos modificando la idea de que se trata de una enfermedad exclusivamente médica. Sin embargo, cuando el cliente ha manifestado un rechazo al tratamiento psicológico, puede ser útil omitir referencias relativas a éste y, en todo caso, hablar en términos bioconductuales. Enlazando con esta información, se podría abordar la modificación de una creencia sustancial para la continuidad del tratamiento: la de que el SFC es una enfermedad «real» y, por tanto, debería ser curada por un médico. El objetivo es, manteniendo la noción de «enfermedad real», sustituirla por la perspectiva de que es el propio afectado, desde dentro, quien puede combatirla, utilizando algunas estrategias y cambiando ciertas conductas.

En líneas generales, la intervención se establece en cinco fases, en las que el trabajo psicológico se orienta tanto hacia la solución de problemas emocionales y cognitivos como hacia la progresiva activación del individuo, enfatizando lo relativo al ejercicio físico. Los objetivos de la primera fase se sintetizan en la tabla 32.13.

3.3.1. *Establecer la relación entre el cliente y el psicólogo*

El énfasis en la dimensión orgánica de su trastorno debe subrayarse a la hora de reconceptualizar el SFC, en términos psicobiológicos, relacionándolo con el hecho de no mejorar con el descanso adicional y con las sensaciones de desesperanza, tristeza y malestar. Para este propósito, puede utilizarse como apoyo un gráfico como el de la figura 32.2. A partir

TABLA 32.13

Propuesta de intervención psicológica para la primera fase

Fase de evaluación y reformulación de la enfermedad: objetivos
1.1. Establecer la relación terapéutica.
1.2. Reformular la enfermedad en términos bioconductuales sustituyendo la idea de enfermedad, exclusivamente médica.
1.3. Modificar la creencia de enfermedad susceptible de ser curada por un médico por la de un trastorno real pero reversible.
1.4. Instaurar la idea de que el propio paciente puede cambiar su situación por sí mismo.
1.5. Introducir la idea del ejercicio como elemento de cambio.
1.6. Aumentar y controlar la actividad física como experimento y aprendizaje del uso de autorregistros y escalas analógicas.

de ahí, se le pueden plantear diferentes posibilidades utilizando, por ejemplo, una matriz de decisiones cuyo proceso de análisis pueda facilitar la adopción de una alternativa de afrontamiento a la enfermedad por parte del cliente. Esta tarea, junto a la reconceptualizacón de la enfermedad y el hecho de no haber hablado de «psicología», por el momento, facilitan el logro de los primeros objetivos establecidos para la fase inicial de la intervención.

El siguiente paso de esta primera fase se cifra en movilizar al cliente, a pesar de los síntomas. Esta tarea puede ser facilitada con la figura 32.3 y con alguna información relativa a los puntos contenidos en la tabla 32.4:

a) Relacionar la actividad física con el síntoma central: la fatiga.

«Tal como usted me dice, su principal problema es la fatiga, y, al parecer, aumentar el descanso no sólo no le ayuda, sino que parece empeorar su situación. Esto, que parece una paradoja, sin embargo tiene una explicación, fundamentalmente neuromuscular y bioquímica».

Una introducción en estos términos, sin la menor referencia psicológica, suele interesar al cliente y disminuye su rechazo hacia el psicólogo.

b) Aportar datos científicos, sencillos, adecuándolos al nivel del cliente. Por ejemplo, utilizando la figura 32.3:

«Precisamente porque su enfermedad tiene una base orgánica real, es sobre su organismo sobre lo que hay que actuar. Parece paradójico lo que voy a explicarle (se le presenta el gráfico de la figura 32.3): la fatiga es un proceso complejo que implica desde el sistema nervioso central hasta la fibra muscular-esquelética. La inactividad física disminuye el grosor de las fibras musculares, por lo que la orden que la terminación nerviosa da al músculo se hace, progresivamente, más ineficaz. Esto provoca que cada vez reclute menos fibras, generando mal acoplamiento neuromuscular, lo que disminuye la fuerza y aumenta la fatiga. Algunos neuromoduladores, como el amonio y las citoquinas, pueden actuar en el sistema nervioso central alterando la percepción de esfuerzo y disminuyendo la capacidad de ejercicio. Por el contrario, el ejercicio atenúa la respuesta inflamatoria celular y disminuye la producción de citoquinas, sustancias relacionadas con la inflamación. Además, mejora la función inmune, la síntesis proteica y la progresión del estado catabólico, entre otras muchas cosas».

c) Explicar cómo la mejora de la condición física puede disminuir la fatiga, al fortalecer el sistema músculo-esquelético, optimizar el funcionamiento cardiorrespiratorio y propiciar un estado de ánimo más positivo.

«Ya sé que parece un disparate, pero precisamente al fortalecer el sistema músculo-esquelético, la fatiga disminuye hasta límites tolerables. Además el corazón y el aparato respiratorio recuperarán su funcionalidad, proporcionándole, entre otras cosas, una sensación física muy satisfactoria y, tal vez, un estado de ánimo mejor y una mayor percepción de control sobre su enfermedad».

d) Proponer el incremento de actividad progresiva a título de experimento.

Antes de plantear esta actividad, se revisan con el cliente los momentos del día en los que se encuentra menos afectado por los síntomas y el tipo de actividad que le resulta más interesante. Se enfatiza el carácter experimental de estas actividades para observar cómo se siente, cómo maneja las dificultades, qué consecuencias tiene, etc.

e) Diseñar un autorregistro sencillo para recoger los aspectos más relevantes relacionados con la actividad física o el ejercicio (por ejemplo, características de la actividad, nivel de fatiga, nivel de satisfacción) y entrenar al cliente en su utilización. Algunos ejemplos pueden encontrarse en Buceta et al. (2001). También puede entrenarse al cliente en la utilización de escalas analógicas, con el mismo propósito que el autorregistro.

f) Prestar atención prioritaria a la experiencia del ejercicio mediante contacto telefónico y, por supuesto, durante las sesiones de trabajo psicológico. Ésta es una oportunidad excelente tanto para propiciar la adherencia al ejercicio como para fortalecer la relación entre el cliente y el psicólogo.

Una vez consolidada la primera fase, los objetivos para la segunda pueden ser los que se presentan en la tabla 32.14.

Cuando el cliente haya alcanzado los objetivos iniciales, se puede proponer el programa de ejercicio físico adecuado a su enfermedad. En este contexto, recuérdense todas las sugerencias presentadas en la tabla 32.3. Si fuera conveniente, se le facilita el contacto con el profesional de ejercicio físico mejor cualificado para este tipo de programa, e incluso, se le acompaña al gimnasio donde vayan a tener lugar las sesiones. Además, se debe preparar con el técnico deportivo el tipo de ejercicios iniciales y su propósito funcional.

Pero, fundamentalmente, hay que preparar al cliente para que esta experiencia sea lo más exitosa posible. Por ejemplo, previniendo problemas que puedan presentarse, como el dolor, la fatiga, etc. Esta previsión permite introducir algunas técnicas psicológicas específicas: autoinstrucciones, detección del pensamiento, enfoques atencionales, etc. Una estrategia que suele resultar útil es presentar estos recursos psicológicos como técnicas que utilizan los deportistas para mejorar su rendimiento, lo cual no deja de ser cierto. En relación con el dolor, pueden utilizarse algunas de las estrategias propuestas por Heil (1993); en concreto, asociar el dolor con el éxito en la tarea de ejercicio en la que se produce; realizar una actividad mental rítmica y

TABLA 32.14

Propuesta de intervención para la segunda fase

	Fase de intervención cognitivo-conductual para introducir el ejercicio: objetivos
2.1.	Introducir el programa de ejercicio físico.
2.2.	Revisar y reestructurar los pensamientos relacionados con la actividad y la enfermedad.
2.3.	Revisar la experiencia del ejercicio y sus consecuencias sobre la fatiga, percepción de esfuerzo, dolor y sintomatología emocional.
2.4.	Entrenar habilidades de afrontamiento al estrés, relacionándolo con el ejercicio.

monótona, acompasando los movimientos; transformar el dolor en «lucha contra el enemigo», acompañado de reforzamiento encubierto.

Si las fases iniciales se han desarrollado de forma adecuada respecto al ejercicio, y, a la sombra de éste, se han ido alcanzando los objetivos psicológicos correspondientes, las siguientes etapas responden, básicamente, al trabajo psicológico «abierto», manteniendo la atención en la adherencia al ejercicio (véase la tabla 32.15).

Una nota adicional: algunas personas con SFC no logran una recuperación funcional completa, pero obtienen unas ganancias relevantes que les permiten realizar numerosas actividades laborales, familiares o de ocio. Sobre todo, aprenden a afrontar y reducir los síntomas y adquieren una percepción de control sobre su enfermedad muy satisfactoria.

La revisión de los autorregistros y de la utilización y eficacia de las técnicas utilizadas puede servir de base para la elaboración del documento final. Una parte crucial de este documento es la identificación de los riesgos de abandono del uso de las técnicas del programa cognitivo-conductual, junto con las alternativas para prevenir o solucionar estos problemas.

TABLA 32.15

Propuesta de intervención para la tercera, cuarta y quinta fases

Tercera fase: revisión y modificación de conductas y cogniciones desadaptativas + reforzar adherencia al ejercicio	
3.1.	Controlar el perfeccionismo, ajustar los objetivos del cliente y sus expectativas de logro, de forma realista.
3.2.	Revisar el programa de ejercicio y la experiencia personal del sujeto en éste, reforzando su implicación.
3.3.	Entrenar habilidades de afrontamiento, utilizando ejemplos del ejercicio.
3.4.	Reforzar los progresos y resolver los problemas detectados.
Cuarta fase: solución de problemas prácticos de la vida cotidiana	
4.1.	Ayudarle a resolver problemas concretos de la vida laboral, familiar o social.
4.2.	Revisar, reforzar o resolver los cambios observados por el paciente, tras la aplicación de las diferentes estrategias aprendidas durante la terapia.
4.3.	Revisar y reforzar la implicación en el programa de ejercicio.
Quinta fase: consolidación de los cambios y prevención de recaídas	
5.1.	Enfatizar la importancia de mantener activos los recursos psicológicos aprendidos durante la terapia.
5.2.	Reforzar la importancia de mantener el ejercicio físico.
5.3.	Prevenir recaídas.
5.4.	Elaborar con el paciente algún documento con la formulación cognitivo-conductual del SFC y la relación de estrategias de afrontamiento oportunas para utilizar ante futuras dificultades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMENTADAS

Las escasas referencias bibliográficas que acompañan a este capítulo revisten interés para completar la información que, necesariamente, ha quedado fuera de estas páginas. Además de enfatizar la importancia de acceder a estos documentos, se han seleccionado cuatro que parecen imprescindibles para el psicólogo clínico que desee incorporar el ejercicio a su trabajo.

Buceta, J. M., Bueno, A. M., Ezquerro, M., Eraña, I. y Más, B. (2001). Intervención psicológica para la promoción del ejercicio físico. En J. M. Buceta, A. M Bueno y B. Más (eds.), *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo,* pp. 299-350. Madrid: Dykinson.

Este extenso capítulo se ocupa del tratamiento del sedentarismo, ofreciendo una descripción detallada de este tipo de intervención. Es el trabajo más completo, riguroso y práctico publicado en español. Su dominio resulta imprescindible para cualquier psicólogo que quiera incorporar el ejercicio a su trabajo clínico, en el que los problemas de adherencia serán, probablemente, más complicados que los que presenta la modificación de la conducta sedentaria de una persona sana. El interesado encontrará un extenso abanico de recursos, con múltiples ejemplos ilustrativos.

Physical Activity and Public Healt: Updated Recomendation for Adults from the American College of Short Medicine and the American Heart Association (2007) (http://www.acsm-msse.org).

Es la única referencia no psicológica que se recomienda, porque ofrece una información complementaria y útil para el psicólogo clínico en relación con las recomendaciones generales de ejercicio para adultos. Aunque no corresponde al psicólogo diseñar ni dirigir un programa de ejercicio físico, es importante tener algunos conocimientos básicos sobre frecuencia, intensidad y duración. Para personas que no hagan ejercicio sistemático pero sí deban aumentar su nivel de actividad física cotidiana, la tabla de equivalencias en MET, para una variedad de actividades físicas, es interesante. Con ese criterio, se ofrece una clasificación de actividades de baja, media o alta intensidad más completa que la presentada en este capítulo. El único problema es que las distancias están expresadas en millas, pero con multiplicar esas cifras por 1,610 se obtendría la equivalencia en km.

Smith, T. W. (2006). Blood, sweat and tears: Exercise in the management of mental and physical health problems. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13* (2), 198-2002.

Bajo el sugerente título «Sangre, sudor y lágrimas: el ejercicio en el manejo de problemas de salud mental», Smith revisa los estudios sobre trastornos emocionales comórbidos con enfermedad médica, seleccionando once estudios bien controlados y los efectos del ejercicio en la remisión de dichos trastornos. Analiza también el papel preventivo del ejercicio en los trastornos mentales y las hipótesis explicativas. Y concluye ofreciendo un conjunto de posibles ámbitos de aplicación del ejercicio, dentro de la intervención psicológica.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. El ejercicio físico en la intervención psicológica ha mostrado una eficacia razonable en el tratamiento adjunto a la medicación de:

a) La depresión mayor.
b) Los trastornos de ansiedad.
c) La depresión moderada.

2. Una de las aplicaciones del ejercicio en la intervención psicológica es:

a) Servir como experiencia conductual de exposición.
b) Constituir una alternativa al tratamiento psicológico.
c) Actuar como placebo.

3. Lo que resulta crucial para la mejora psicológica es que el programa de ejercicio:

a) Esté basado en las prescripciones del American College of Sport Medicine.
b) Esté dirigido por un experto en ejercicio físico.
c) Esté conectado con los objetivos psicológicos de la intervención.

4. El ejercicio físico extenuante funciona de forma similar a la relajación, interfiriendo con las señales interoceptivas de sensibilidad a la ansiedad; por tanto:

a) Puede utilizarse como alternativa a la relajación.
b) Su empleo puede objetarse tanto desde el punto de vista práctico como teórico.
c) La extenuación física aumenta la sensibilidad a la ansiedad, incrementando el riesgo de un ataque de pánico.

5. La hipótesis del aumento de β-endorfinas como consecuencia del ejercicio:

a) Explica el mecanismo de acción mediante el cual el ejercicio mejora el estado de ánimo.
b) No ha sido confirmada.
c) Justifica el paso de las de β-endorfinas en plasma al cerebro.

6. En el tratamiento de la obesidad:

a) La combinación de ejercicio aeróbico y anaeróbico parece la más aconsejable.
b) Se ha evidenciado la superioridad del trabajo anaeróbico.
c) Se deben recomendar ejercicios de alto impacto articular.

7. Una de las funciones psicológicas más relevantes que desempeña el ejercicio en el tratamiento psicológico de enfermedades médicas crónicas es:

a) Facilitar la remisión de los síntomas.
b) Constituir una alternativa al tratamiento psicológico.
c) Fortalecer la percepción de control del paciente.

8. El ejercicio físico comparado con el tratamiento cognitivo-conductual en trastornos del estado de ánimo ha mostrado:

a) Que el efecto del ejercicio es superior al de la intervención psicológica.
b) Que los efectos beneficiosos observados no parecen obedecer a la práctica del ejercicio en sí misma, sino más bien al carácter gratificante o distractor que pueda derivarse de esta actividad.
c) Que la depresión severa remite con mayor rapidez si se combina ejercicio físico con el tratamiento psicológico.

9. En el tratamiento de la anorexia nerviosa el ejercicio físico:

a) Ha mostrado su eficacia, siempre que se combine el trabajo aeróbico con el anaeróbico.
b) Está absolutamente contraindicado en cualquiera de las fases de la intervención.
c) Podría utilizarse contingentemente con la ganancia de peso y la normalización de la ingesta.

10. La prescripción y la supervisión de un programa de ejercicio en la intervención psicológica:

a) Corresponden al educador físico, considerando las sugerencias específicas que pueda hacerle el psicólogo sobre las características del trastorno y del cliente.
b) Corresponden, exclusivamente, a un educador físico cualificado.
c) Sólo debe hacerlas un psicólogo clínico, siempre que tenga conocimientos sobre ejercicio físico.

Clave de respuesta

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c	a	c	b	b	a	c	b	c	a

El uso de metáforas en psicología clínica

33

MIGUEL COSTA CABANILLAS
ERNESTO LÓPEZ MÉNDEZ

1. INTRODUCCIÓN

El uso de las metáforas forma parte de la historia de la humanidad y es un caso particular de la poderosa influencia del lenguaje en la cultura humana, en las relaciones interpersonales, en la creación literaria y artística y en los procesos de socialización y de influencia pedagógica. El uso de las metáforas en la psicología clínica es también un caso particular de la poderosa influencia del lenguaje en la relación de ayuda.

La historia del desarrollo de las metáforas con finalidades «terapéuticas» en los tiempos modernos arranca del trabajo pionero de Carl Jung y Milton Erickson y diferentes corrientes de pensamiento psicológicas han tratado de intervenir en el lenguaje y en el mundo privado de los consultantes a través de la metáfora. Aparte del constructivismo, de las terapias humanistas y del enfoque estratégico, entre otros, la perspectiva conductual está asumiendo, en sus desarrollos más actuales de la terapia contextual, la metáfora como un recurso privilegiado para la intervención (Pérez, 1996; Hayes, Strosal y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002; Barraca, 2005). No ocurre así con el enfoque cognitivo más ortodoxo, que, por el modelo teórico del que parte, se orienta más a la utilización del lenguaje «literal» (Moix, 2006) para tratar, tras un debate «lógico-racional», de desmontar los «errores cognitivos» y las «ideas irracionales» del consultante. Bien es verdad, no obstante, que en la práctica y en sus desarrollos más actuales también los clínicos cognitivos comienzan a utilizar la metáfora, si bien para demostrar y persuadir acerca del error «lógico-racional-emocional» en el que incurren sus consultantes.

2. LAS METÁFORAS Y LA FUNCIÓN MEDIADORA DEL LENGUAJE

Al igual que ocurre en la fábula de Esopo *(¡Que viene el lobo!),* son incontables las experiencias de la vida en que, para bien o para mal, transcendemos las circunstancias inmediatas en las que estamos y establecemos transacciones con personas, sucesos, objetos y consecuencias pasadas, presentes o futuras que no están presentes y observables aquí y ahora, sino que están, como el lobo, alejadas en el tiempo y en el espacio, o que incluso no tienen existencia real y son de ficción, como ocurre con los acontecimientos y personajes de la literatura, de las leyendas y de los mitos. Esas transacciones no se establecen, pues, de manera directa, inmediata y explícita, «en propia carne», sino de una manera sustitutiva, indirecta o implícita a través de la *función mediadora* y *sustitutiva del lenguaje.* En esos casos, el lenguaje *sustituye* a las personas, sucesos y objetos ausentes y nos sirve de *mediador* con ellos. Las palabras adquieren esta capacidad sustitutiva y mediadora en el curso del *aprendizaje relacional* que tiene lugar en el proceso de socialización. En virtud de este aprendizaje, las personas, sucesos y objetos *transfieren sus funciones a las palabras* con las que se les nombra y así éstas, «¡que viene el lobo!», adquieren

equivalencia funcional, es decir, la capacidad para cumplir la misma función de los sucesos (el lobo) a los que sustituyen y de determinar las mismas conductas que ellos determinan (hipervigilancia, ansiedad, recoger el rebaño).

Metáfora 1. *¡Que viene el lobo!*

«Un pastor estaba guardando su rebaño no lejos del pueblo, y pensó que sería divertido asustar a los vecinos diciendo que los lobos atacaban al rebaño. En consecuencia, empezó a gritar: "¡Que viene el lobo! ¡El lobo!", y cuando llegaron a toda prisa los vecinos, él se rió de sus temores. Repitió la broma varias veces, y los campesinos una y otra vez vieron que habían acudido a la carrera inútilmente. No obstante, un día vino el lobo realmente y el pastor gritó: "¡Que viene el lobo! ¡El lobo!", lo más fuerte que pudo. La gente del pueblo estaba ya tan acostumbrada a oírlo que nadie le hizo caso ni corrió en su ayuda. Y el lobo, sin encontrar resistencia, pudo comerse todas las ovejas.» Fábula de Esopo: *El pastor bromista.*

El lenguaje, en efecto, introduce enormes ventajas adaptativas al ser humano en relación con otras especies animales. Sirve para avisar de amenazas no presentes y desarrollar defensas anticipadas. De esta manera, el aprendizaje se generaliza sobremanera al permitir aprender a vivir y a hacer frente a las amenazas, problemas y retos de la vida diaria sin experimentarlos de manera directa. El mundo social está montado y amplificado de manera inimaginable sobre el *aprendizaje relacional* que permite el lenguaje. Pero, por otra parte, es aquí precisamente en donde reside también uno de los grandes riesgos para el ser humano. Al ser un aprendizaje por palabras puede llevar al engaño y enmascarar las transacciones contextuales. Las *palabras sustituyen a los objetos* a que se refieren y, entonces, adquieren su propia objetividad, es decir, una autonomía funcional que opera al margen del contexto y de su vinculación con las contingencias físicas y reales. De esta manera, las palabras dejan de ser referentes de la realidad. Los vecinos de la fábula de Esopo tuvieron oportunidad de percibir el engaño al poder contrastar lo que decían las palabras del pastor con la realidad de los hechos que anunciaban. Sin embargo, en infinidad de aprendizajes relacionales, montados sólo con palabras, no tenemos oportunidad de desenmascarar los engaños al no estar vinculados directamente con las contingencias en las que se producen. Y así tenemos que muchas de las personas que nos consultan están crónicamente activadas, deprimidas o *trastornadas* por amenazas, peligros o exigencias desmesuradas que sólo existen en las palabras del *autolenguaje* (pensamiento). La comunidad social-verbal establece lo que es «bueno» o «malo» y lo que es «horrible» o «normal» o lo que «debería ser» o «no debería ser» respecto al comportamiento personal como si fuera consustancial a él, no como algo que «yo califico» convencionalmente como bueno o malo, sino como algo que objetiva y literalmente «es» bueno o malo (Costa y López, 2003, p. 226). Estas etiquetas llegan a adquirir autonomía como si de realidades objetivas se tratara y establecen así un contexto evaluativo tan envolvente y acrítico que orientan una manera de conducirse especialmente desadaptativa.

El lenguaje aparece así como un mecanismo hacedor de problemas, para cuya solución recurrimos a las contingencias vividas y experimentadas —*exposición* ante las anticipaciones de las amenazas de peligros inexistentes—. Esto también lo podemos comprobar en la misma fábula de Esopo cuando los vecinos constatan que el anuncio de la presencia del lobo no tiene relación funcional con su aparición real. Cuando ello no es posible porque nuestros consultantes han desarrollado perspectivas relacionales especialmente rígidas —*creencias*— que les apartan del contexto en el que viven y que les impiden exponerse a las contingencias reales, la *metáfora* nos permite también desentrañar y desmontar estos posibles engaños del lenguaje. Por una parte, al contemplar un relato vinculado a contingencias con cierta semejanza, permite mejor la *de*-fusión o despegue de la etiqueta verbal utilizada facilitando con ello la «desliteralización». Por otra parte, se anima, de esta manera, a la experimentación en la realidad de los contextos en los que viven.

En la metáfora, se establece una comparación entre dos términos distintos, de manera que uno de ellos transfiere su significado al otro. La metáfora es

trasladar el sentido recto de las palabras a otro figurado o transferir a una palabra el sentido de otra, o, dicho de otra manera, es emplear las palabras con un sentido distinto del que propiamente les corresponde, pero que tiene con éste alguna conexión, correspondencia o semejanza. La metáfora tiene implicaciones conceptuales y emocionales que van más allá de expresar algo confiriendo significados más amplios de la literalidad de lo que se dice. La metáfora provee otro modo de mirar algo con múltiples significados inherentes al contexto social en el que se vive. Así, por ejemplo, la metáfora «una discusión es una guerra» (Lakoff y Jonson, 1980) no sólo encierra el significado de entablar una discusión fuerte, como una guerra, sino que encierra otros muchos: se percibe a la persona con la que se discute como un oponente; en las discusiones, como en las guerras, se gana o se pierde terreno, «atacamos» sus argumentos o «defendemos» los nuestros, planeamos y usamos estrategias, y muchas de las cosas que hacemos al discutir están matizadas por el concepto de guerra, si bien no es una guerra literal o física pero sí verbal. La metáfora se baña sutil y explícitamente del contexto verbal y cultural del lenguaje que se utiliza.

3. LAS METÁFORAS EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La función mediadora y sustitutiva del lenguaje está presente de manera abrumadora en la intervención psicológica, aun cuando los propios profesionales desconozcan a veces el alcance y las equivalencias funcionales que sus palabras tienen en la vida y en las experiencias vitales de sus consultantes. En el caso particular del uso de las metáforas, a través de la función mediadora de las palabras y los mensajes que contienen, exponemos a nuestros consultantes a circunstancias que hasta ahora habían evitado, desvelamos facetas del problema que no están inmediatamente visibles pero que es importante tener presentes para su adecuada solución, anticipamos acontecimientos futuros benéficos o peligrosos que conviene acoger o evitar, hacemos advertencias preventivas para que los daños temidos no lleguen a ocurrir, comunicamos valores y establecemos reglas de conducta.

Pretendemos de esta manera que las palabras de la metáfora adquieran y cumplan la función de determinar y cambiar su conducta en las transacciones directas de la vida cotidiana en los contextos naturales. Así, por ejemplo, con la fábula del *león que tenía miedo a beber,* pretendemos que la descripción de los resultados funcionales y satisfactorios (desaparece el león que estaba en el lago y se reduce o desaparece el miedo) del afrontamiento del león ejerzan una función equivalente a la que podría tener, por ejemplo, el afrontamiento real y directo que le estamos sugiriendo al consultante. El hecho de que el león realice la acción de ir a beber, *a pesar del miedo que siente,* le otorga a las palabras de la metáfora una equivalencia funcional añadida con la situación del consultante, que nos dice que no realiza una determinada acción que es importante en su vida «porque tiene miedo».

Metáfora 2. *El león que tenía miedo*

«Érase una vez un león que se acercó hasta un lago de aguas quietas y cristalinas para calmar su sed. Al inclinarse para beber, vio su cara reflejada en el agua y, atemorizado, se alejó del lago, mientras se decía: "este lago debe de ser de ese león, tendré que tener mucho cuidado con él". Como tenía tanta sed, regresó al lago de nuevo, pero allí estaba otra vez el león en las aguas del lago, y de nuevo exactamente. Pero como su sed era muy grande y no había otras fuentes por allí, decidió que bebería en el lago por encima de todo. Dicho y hecho. Se acercó al lago y al ver allí otra vez al león, abrió sus enormes fauces y lanzó un fuerte rugido para espantarlo. Pero, al ver que el otro león hacía exactamente lo mismo, salió de allí despavorido.

»Entre tanto, la sed se había hecho insufrible y, como no le quedaba otra elección, no tuvo más remedio que volver al lago para beber. Cuando por fin se atrevió a meter la cabeza en el agua, el león que siempre estaba allí desapareció, con gran asombro y alivio suyo.» Cuentos de la India y Tibet (Calle, 1997).

Sin duda, estos efectos mediadores que pretendemos que tengan las palabras de las metáforas depen-

erán de la fuerza de su equivalencia funcional con ıs circunstancias a las que queremos que sustituyan con las transacciones que queremos provocar en ıs experiencias vitales de nuestros consultantes. A ı vez, esos efectos mediadores dependerán tamién en buena medida del valor que adquiera la *coıunicación interpersonal* en la que se comunican ɔs mensajes de la metáfora y del crédito que para ɔs consultantes tenga la persona que los comunica. Cuando nuestros consultantes escuchan los mensajes de la metáfora en un escenario de la relación de yuda en el que existen vínculos interpersonales mocionalmente significativos con los profesionales en los que reciben además reconocimiento por su articipación en el proceso de cambio, es más probable que los mensajes adquieran un mayor poder nediador y sustitutivo y una mayor equivalencia uncional. Cuando, por el contrario, la relación de yuda transcurre en escenarios interpersonales aversivos en los que no compensa estar, los mensajes educativos pueden llegar a perder sus equivalencias uncionales y su poder persuasivo.

4. FUNCIONES DE LA METÁFORA

En el contexto de la intervención psicológica, la netáfora puede cumplir diferentes funciones.

4.1. Funciones generales

4.1.1. *Atraer la atención*

Por las características de su construcción lingüística, las metáforas constituyen señales y mensajes atractivos. Construir una metáfora es alterar la manera habitual de utilizar las palabras, lo que causa en quien las oye una cierta extrañeza que atrae su atención suscitándole un mayor impacto. El consultor utiliza la metáfora como un procedimiento para llamar la atención hacia palabras o argumentos que, de otra manera, podrían pasar desapercibidos, estimulando el ánimo del consultante a escucharlos. Este último también puede utilizarlas para llamar la atención del consultor.

4.1.2. *Provocar emociones*

Esta capacidad de las palabras de las metáforas para actuar como señales activadoras del comportamiento estriba en gran medida en su relación con la dimensión *emocional* de la biografía personal. A su vez, las palabras y las situaciones a las que se refieren las metáforas, por el hecho de provocar emociones agradables, promueven también los correspondientes comportamientos de aproximación a esas mismas situaciones. La metáfora se introduce a menudo con cuentos, narraciones llenas de detalles y acciones e imágenes que amplifican el tinte emocional y producen efectos especialmente sensibilizadores. La fábula del *aguilucho,* que desde hace muchos años hemos asociado al modelo de potenciación (Costa y López, 2003, 2006), incluye situaciones que evocan emociones estrechamente asociadas al cuidado y a los procesos de enseñanza-aprendizaje.

4.1.3. *Ensanchar la perspectiva*

Los relatos de las metáforas son también una oportunidad para que los consultantes revisen críticamente y amplíen la posible parcialidad y las limitaciones de sus puntos de vista y las posturas inflexibles del tipo «blanco o negro», para descubrir que hay otras posturas y perspectivas además de la suya y para hacerles patentes nuevos aspectos y nuevos significados sobre sí mismos, sobre los demás, sobre las relaciones interpersonales, sobre los problemas por los que nos consultan.

Cuando les exponemos a la afirmación de la metáfora 3, puede que comenten, por ejemplo, que se trata de una perspectiva «disparatada» que contradice el sentido común.

Metáfora 3. *Animales fieros, animales mansos (Herrera y Chahín, 2007)*

> «La gallina y el gorrión son animales fieros, el tigre y el león son animales mansos.»

Si inmediatamente después les mostramos las afirmaciones del cuadro siguiente, puede que estén

en mejores condiciones de revisar, sin necesidad de que discutamos mucho con ellos, su perspectiva inicialmente inflexible.

Metáfora 3. *Animales fieros, animales mansos (completa)*

> «La gallina y el gorrión son animales fieros, el tigre y el león son animales mansos.»
> Le dijo la mamá gusano a su hijo gusanito.

La metáfora 4 puede cumplir la función de ayudar a comprender que un determinado problema que el consultante pretende resolver en términos de «blanco o negro» (mariposa viva o mariposa muerta) podría tener otras soluciones alternativas que estamos intentando que explore en el curso de la intervención.

Metáfora 4. *La fábula de la mariposa azul*

> «Había una vez un sabio que siempre respondía a todas las preguntas sin titubear. Dos niñas curiosas e inteligentes quisieron ponerle a prueba. Para ello, decidieron inventar una pregunta que el sabio no supiera responder. Una de ellas apareció con una linda mariposa azul que usaría para confundir al sabio.
> —¿Qué vas a hacer? —preguntó la hermana.
> —Voy a esconder la mariposa en mis manos y preguntarle al sabio si está viva o muerta. Si dice que está muerta, abriré mis manos y la dejaré volar. Si dice que está viva, la apretaré y la aplastaré. Y así, cualquiera que sea su respuesta, ¡será una respuesta equivocada!
> Las dos niñas fueron entonces al encuentro del sabio, que estaba meditando en lo alto de la colina. Una de ellas le dijo:
> —Tengo aquí una mariposa azul; dime, sabio: ¿está viva o muerta?
> Muy calmadamente, el sabio sonrió y respondió:
> —Depende de ti, la mariposa está en tus manos.»

Este cambio de perspectiva tiene un valor preventivo, ya que les proporciona flexibilidad y les prepara para abrirse a otras perspectivas cuando tengan que afrontar situaciones de la vida y relaciones y conflictos en que están en disputa perspectivas y posturas diferentes e incluso contrapuestas. Por otra parte, la metáfora como forma de hacer ver el problema que se consulta mediante su similitud con otra situación sirve de recurso para asumir una perspectiva diferente ante el problema. La situación elegida facilita el contacto con las contingencias y permite captar didácticamente la incongruencia de la regla verbal que sostenía el problema.

4.1.4. *Facilitar la comunicación de experiencias subjetivas*

Comunicar lo que uno siente o imagina resulta tan subjetivo y tan difícil de precisar y expresar que recurrir a la metáfora es una manera de ponerlo en palabras inteligibles. El consultante puede recurrir a la metáfora (Ejemplo: «me siento tan perdido como si estuviera dando palos de ciego», «tengo como un dolor punzante») para explicarse mejor o el consultor puede utilizarla para conectar emocionalmente («Te sientes como si ya hubieras intentado de todo y nada te hubiera dado resultados, estás como en un cruce de caminos sin saber qué dirección tomar, ¿no es así?»).

4.1.5. *Facilitar la comprensión*

La metáfora satisface muchas necesidades de comprensión y explicación allí donde el lenguaje literal no puede hacerlo o no resulta tan convincente. Muchas de las personas que nos consultan pueden encontrar en la metáfora 5 un excelente recurso para comprender, también emocionalmente, los efectos de desánimo que genera centrarse solo o preferentemente en la información negativa.

Metáfora 5. *El juego de la gallina ciega*

> «Cuando jugamos al juego de la "gallina ciega", nos vamos desplazando a tientas, "dando palos de ciego", moviéndonos sin rumbo fijo para alcanzar a quien buscamos, mientras los demás nos van diciendo "frío" o "caliente". ¿Cuál de estas dos informaciones nos resulta más útil para irnos aproximando a la meta? Cuando, como resultado de nuestra búsqueda, nos di-

cen "frío", parece como si el esfuerzo de la búsqueda hubiera sido en vano. Si, a pesar de todo, seguimos buscando y en el próximo intento nos vuelven a decir "frío", y en el siguiente también, y en el otro, y en el otro, ya no sabremos qué hacer, nos detenemos desconcertados, esperando alguna pista positiva para orientar el rumbo perdido. Si el resultado son muchos "frío" seguidos, puede que incluso queramos abandonar el juego. Si el resultado de la búsqueda es la palabra "caliente", el siguiente paso lo damos con más ilusión, nuestros próximos movimientos se hacen más precisos y ajustados, es más probable que volvamos a oír "caliente" y que la aproximación a quien buscamos sea más rápida y certera.»

Por el contrario, la esperanza y la motivación sólo florecen cuando tenemos oportunidad de experimentar resultados positivos como consecuencia de lo que hacemos. Esta metáfora subraya la importancia del feedback como procedimiento de información para cambiar, motivar y fortalecer. Suele ser muy útil para explicar el concepto de refuerzo a padres u otras personas o grupos que no estén muy versados en la teoría del refuerzo.

Metáfora 6. *El pescador, la serpiente y la rana*

«Érase una vez un pescador que estaba tranquilamente en su barca cuando de pronto vio que del agua salía una serpiente que llevaba en la boca una rana que acababa de cazar. El pescador sintió piedad de la rana y, sujetando a la serpiente, se la quitó de la boca y la dejó ir en libertad. Pero, al ver que la serpiente se quedaba sin su comida, también le dio pena y, como no tenía otra cosa que darle, echó en su boca unas cuantas gotas de aguardiente que llevaba. La serpiente se fue muy satisfecha. También el pescador se sintió muy bien por su buena acción. Pasado un rato, el pescador oyó unos golpecitos a sus espaldas en el costado de la barca. Se volvió para mirar qué pasaba y cuál no sería su sorpresa al comprobar que quien había aparecido era la misma serpiente pero con dos ranas en la boca. El pescador cogió de nuevo a la serpiente y repitió la misma operación de la vez anterior, pero no sin antes advertirle que no estaba bien cazar ranas, echándole una buena reprimenda. Pero, a la vista del pescador asombrado, se seguía repitiendo el espectáculo de la serpiente con las ranas en la boca. El pescador reiteraba su acción liberadora con las ranas, las reprimendas a la serpiente y las gotitas de aguardiente en su boca, pero no entendía cómo la serpiente, a pesar de las reprimendas, persistía en su empeño. Hablando un día del asunto con otro pescador, éste le hizo una pregunta que le desveló el secreto del trajín de la serpiente: "¿Y no será que le gusta que estés pendiente de ella y el aguardiente, y que para ella son buenos premios a su pericia de cazarranas?".»

Utilizamos también la metáfora 6 para explicar la importancia de los resultados como fuente de incentivo y de refuerzo para el desarrollo de determinados hábitos y costumbres, tanto aquellos que son deseados como también los no deseados. De especial utilidad para explicar por qué, inadvertidamente, con los resultados que proporcionamos cuando reaccionamos ante una conducta de riesgo podemos estar incentivando comportamientos que no deseamos. Las propias conductas de riesgo no surgen porque haya cosas negativas en los seres humanos, son sencillamente productos de experiencias de aprendizaje.

4.1.6. *Reducir las resistencias al cambio*

Los consultantes se sienten menos amenazados con el uso de la metáfora que si los cambios se suscitan de manera directa. Lo atractivo de la metáfora es que resulta un sutil juego al comunicar una cosa en términos de otra, además de permitir recrearnos con variadas escenas y personajes que suscitan y despiertan emociones susceptibles de ser bien percibidas y aceptadas desde diferentes perspectivas. Es una manera también de «descolocar», al presentar las cosas desde perspectivas inusuales y permitir diversas interpretaciones. Cuando la metáfora se expresa a través de relatos, adquiere una gran fuerza de significados y puede afectar a audiencias variadas al reflejar arquetipos de la cultura y costumbres sociales.

4.2. Funciones específicas

4.2.1. *Evaluar e identificar necesidades y problemas*

Los juegos con contenido metafórico pueden utilizarse para indagar las preocupaciones, temores, intereses y el contexto en el que los niños viven. A través del juego se pueden identificar el papel de los modelos, los obstáculos o dificultades existentes y la mayor o menor gravedad de los problemas que afrontan.

> **Así por ejemplo**, a través del juego con miniaturas de animales, el psicólogo puede iniciar un proceso de indagación relevante «[...] me gustaría que escogieras el animal que más te guste... o el que tú creas que se parece más a ti». Una vez elegido el animal seleccionado, el psicólogo pide que le cuente qué es lo que le gusta de él explorando así sus gustos, intereses, sus prácticas de salud, sus preocupaciones en torno a ellas («¿Le gusta cepillarse los dientes antes de irse a la cama? ¿Le gusta comer fruta? ¿Hay alguna comida que no le gusta? ¿Por qué? ¿Le gusta ir al colegio? El... —nombra al animal que ha elegido— tiene miedo, ¿a qué tiene miedo?»). Puede pedirle que elija al animal que más se parece a su mamá, papá, hermanos, profesor, amigos, etc., e indagar de nuevo las razones de sus elecciones. De esta manera, nos acercamos a explorar aspectos relacionados con las prácticas de salud de su familia y de otras personas que están en relación con él. También puede pedirse a la niña o al niño que haga un cuadro con los animales escogidos y que los organice y ordene alrededor de su animal, preguntándole después por las razones de este ordenamiento y por los pensamientos y sentimientos que tiene cada animal respecto de cada uno de los otros. Puede pedírseles que los agrupe por el grado de simpatía o de temor que les produce y explorar el grado de atracción que siente hacia ellos e indagar las razones por las cuales alguno de los animales le causa temor.

4.2.2. *Facilitar la aceptación emocional*

El reconocimiento, respeto y validación de la integralidad de la biografía personal implica el *reconocimiento* y *validación* de su dimensión afectiva, la consideración por el *impacto emocional* que les ha producido o les está produciendo el afrontamiento de una situación adversa y el mismo hecho de estar inmersos en el proceso de cambio y de solución de problemas que les plantea la intervención. Reconocemos que el miedo y la ansiedad que ocasiona la ruptura de la seguridad que les aportaba la conformidad con los estilos de vida habituales, la tristeza y el dolor por un acontecimiento penoso, la ira, la desesperanza, las obsesiones, el sentimiento de culpa o pesadumbre, el sufrimiento, el desánimo por haber «vuelto a las andadas» o el deseo de abandonar el programa después de las recaídas no son síntomas anormales o un defecto personal, sino que *tienen sentido y significado* para reorientar los valores, vericuetos y caminos de la vida. Evitar estas emociones a toda costa, aparte de acrecentarlas y promover problemas donde no los había, nos pueden privar de este sentido y significado.

Para promover la exposición y la aceptación de las emociones, pensamientos, recuerdos y sensaciones asociados a un determinado conflicto, podemos hacer uso de diferentes metáforas como «el tablero del ajedrez y las fichas», «la pantalla del ordenador», «las olas en la playa» o «los dientes león» (Linehan, 1993; Wilson y Luciano, 2002).

Metáfora 7. *Aceptar como la playa acepta las olas*

> «Os invito a experimentaros como una playa extensa en la que mansamente acaban rompiendo todas las olas, en la que se van disolviendo de modo natural, sin necesidad de salir a combatirlas, a sujetarlas, a controlarlas, a eliminarlas. Cuando no las aceptas tal como vienen e intentas sujetarlas, es cuando más te pueden envolver. Lo mismo ocurre con esas emociones, ansiedad, rabia, tristeza, que te hacen pasar momentos difíciles y que a veces tratas, sin conseguirlo, de combatir, de eliminar. Vas a imaginar que son olas que vienen a la playa de tu vida y que te hablan de los momentos difíciles por los que estás pasando, del conflicto que estás experimentando. Son señales de que eres sensible y de que el conflicto te está afectando. Déjalas que encuentren mansamente su sitio en tu playa para poder gestionarlas mejor.»

Aceptar y validar supone que no evitamos, ni combatimos, ni intentamos suprimir sus experiencias emocionales displacenteras («No tiene ningún sentido que te sientas tan angustiado, debes hacer por calmarte»), ni otras experiencias privadas o encubiertas, como sus pensamientos («Quítate eso de la cabeza, es absurdo lo que estás pensando»), recuerdos («Haz por olvidar») y sensaciones incómodas, como si fueran algo «anormal», «malo» y «negativo». Por el contrario, les proponemos aceptarlas y experimentarlas responsablemente, reconciliarse con ellas, exponerse y abrirse a ellas, abrirles la puerta de par en par y tomar contacto con ellas, mirarlas cara a cara como quien mira un paisaje atractivo, «oírlas», hacerse cargo de ellas y admitirlas como parte inalienable, y a menudo inevitable e incontrolable, de la experiencia de vivir.

4.2.3. *Desvelar «lo bueno de lo malo» y las oportunidades que encierra el problema*

Cuando están expuestos a situaciones adversas, desvelamos y anticipamos el **valor positivo de la adversidad** y les ayudamos a ver que la vida no es siempre «del color de rosas», que las cosas no siempre resultan como las habíamos diseñado o deseado y que las experiencias de estrés y de ansiedad son parte de la vida, pero que las crisis pueden ser una ocasión para el ejercicio de las capacidades personales y de la fortaleza personal, y que estar «pasando una mala racha» y bajo el peso de la sobrecarga, como ocurre en la metáfora 8, puede ser una oportunidad para un cambio positivo.

Metáfora 8. *La fábula de los caballos*

«Conducía un arriero dos caballos. El uno, cargado de esponjas, caminaba ligero. El otro, cargado con sacos de sal, caminaba con más dificultad. Anda que te andarás, por sendas y vericuetos, llegaron al vado de un río. El arriero les empujó para que atravesaran el vado. El caballo de las esponjas entró confiado en el río con ánimo de atravesarlo. El caballo de la sal, por el contrario, tuvo sus titubeos antes de atreverse e incluso tropezó más de una vez y tuvo que levantarse antes de proseguir la travesía.

»A medida que se iban zambullendo en el agua, empapáronse las esponjas y se hicieron tan pesadas, que el caballo que las llevaba no pudo alcanzar la otra orilla y tuvo que ser auxiliado por el arriero y otros vecinos para no perecer ahogado. Mientras tanto, a trancas y barrancas, cruzaba el caballo de los sacos de sal, y con tanta dificultad lo hacía, tanto tiempo consumía y tanta agua tomó, que la sal tuvo tiempo de disolverse y el corcel se vio aliviado de la pesada carga y pudo alcanzar la otra orilla por su propio pie.»

4.2.4. *Facilitar la exposición y el compromiso con la acción*

La aceptación de sus emociones les hace más fácil también decidir *exponerse a las circunstancias reales* de las situaciones en las que se desencadenan las experiencias emocionales, haciendo menos probables también las *conductas de evitación o de escape* y sus riesgos. Mediante la exposición, podrán comprobar cómo, en el curso de nuevas transacciones con las circunstancias que antes evitaban, se forjan otras emociones que incluso disipan las primeras. Comprueban que el mejor control de las emociones no es el que se logra combatiendo, evitando o eliminando las emociones que se sienten y su significado, sino comprometiéndose, guiados por las metas y valores que les importan, en esas nuevas acciones y transacciones que dejarán otras huellas en la biografía y otras emociones. En la metáfora 2, es la exposición al lago y la acción de beber del león lo que le permitió resolver el problema que tenía y experimentar la satisfacción de un afrontamiento efectivo. La exposición le permitió también neutralizar la *hiperreflexión e hipertrofia logocéntrica* acerca de su miedo y del origen de su miedo con los consiguientes efectos de agravamiento del problema.

4.2.5. *Facilitar el cuestionamiento crítico de las reglas verbales y el distanciamiento respecto a sus emociones y pensamientos*

La aceptación y la exposición contribuyen también a poner en tela de juicio las reglas verbales que

establecen como causas las emociones y que las convierten en pretextos para la inacción («necesito que me quieran», «necesito un cigarro»...).

Metáfora 9. *Nadar bajo el agua y no poder respirar*

> «Imagínese por un momento que está nadando en una piscina. Es una piscina especial porque tiene un dispositivo que cuando es accionado queda cubierta por una plancha de acero a ras del agua. En un momento dado se sumerge debajo del agua y, cuando parece que sus pulmones van a estallar por falta de oxígeno y decide salir a la superficie, se encuentra con que una persona ha accionado el mecanismo que hace que la piscina quede cubierta por la plancha de acero. Golpea la plancha de acero una y otra vez, pero por más intentos que hace más y más se persuade de que resulta imposible salir a la superficie. Las sensaciones son indescriptibles, sería una experiencia de asfixia y de agobio terrible porque necesita el oxígeno para respirar y sobrevivir.»

La metáfora «nadar bajo el agua y no poder respirar» suele resultar muy útil cuando deseamos cuestionar la utilización inapropiada de determinadas reglas verbales. Así por ejemplo, hay fumadores que cuando se ven privados del tabaco y les apetece fumar un cigarrillo suelen decir «¡¡**necesito** un cigarrillo!!» y lo expresan de tal manera como si en ello les fuera la vida. Esta metáfora bien contada ayuda a situarse y relativizar las sensaciones de la abstinencia. Ayuda también a tener más control y a comprometerse con el objetivo de comenzar a hablar de otra manera de sus problemas y dificultades con el tabaco. El monitor, una vez contada esta metáfora, invita a los fumadores a responder a una serie de preguntas «¿*Necesitar* oxígeno para respirar, como el personaje de nuestra metáfora, es igual que necesitar un pitillo?», «¿no se ajustaría mejor a la realidad decir *me apetece* un pitillo que decir *necesito* un pitillo?». De la misma manera, resultaría más apropiado decir «*me apetece* que me quieran» que «*necesito* que me quieran».

Otras reglas verbales vienen a enfatizar la imposibilidad de hacer algo («no lo hago porque estoy deprimido», «no puedo hacerlo mientras no se me quite esta ansiedad») para estar bien. La fábula del león que tenía miedo (metáfora 2) puede ayudar a comprender que las emociones no son la «causa» de lo que les pasa y que, por otra parte, la biografía tiene emociones estrechamente relacionadas con el contexto, pero que las emociones no tienen a la biografía. La trampa del miedo, en el caso del león, sería evitar el león del lago y huir para sentirse bien, y la trampa de la persona que se siente deprimida sería esperar a estar bien para hacer algo. El león pasa a la acción y experimenta, cambia la transacción, cambia el contexto y el miedo desaparece. De la misma manera, la activación conductual («aunque esté deprimido, voy a salir y hacer lo que tenía previsto») puede convertirse en la causa para dejar de estar deprimido.

4.2.6. *Rediseño del ambiente versus fuerza de voluntad*

La metáfora de Ulises nos muestra el *autocontrol* como una tarea compleja de naturaleza multidimensional.

Metáfora 10. *Ulises y la isla de las Sirenas*

> «Tomándole de la mano, y con voz suave y persuasiva, Circe, la de las divinas trenzas, advirtió a Ulises de los peligros que, cuando se hiciese a la mar de nuevo, le acecharían al pasar frente a las costas de la isla de las Sirenas. "Sus cantos son dulces y deliciosos —le vino a decir—, poderosamente seductores, si tú y tus hombres os dejáis embelesar por ellos y cometéis la imprudencia de acercaros a las playas de su isla, quedaréis detenidos en ellas y os controlarán de tal modo, que jamás podrás alcanzar tu meta más dulce y deseada: regresar a tu patria y fundirte en estrechos abrazos con Penélope".
>
> »Ulises escuchó con atención los sabios consejos de Circe y le aseguró que él, curtido como estaba en la adversidad, sería capaz de dominarse. No dudaba Circe de las habilidades de Ulises para privarse momentáneamente de un placer inmediato con tal de poder alcanzar una meta demorada pero más placentera. Pero conocía también que el intenso atractivo del canto de las sirenas podía anular sus esfuerzos de auto-

control y hacerle olvidar las prudentes advertencias. Por eso, le sugirió a Ulises algunas estrategias que harían más efectivas sus buenas intenciones y su capacidad para dominarse.

»Le aconsejó, en efecto, que pasaran frente a la isla sin detenerse y que, antes incluso de llegar a sus inmediaciones, sus hombres se taparan bien los oídos con cera para no oír los cantos. Y en cuanto a él, si deseaba darse el gusto de oír el delicioso canto, en tal caso haría que sus hombres le atasen bien atado al mástil de la nave, y debería advertirles muy seriamente de que, aunque se lo rogase o mandase, ellos no le desatarían porque si lo hacían podía ser irreprimible la tentación de dirigir la nave hacia las playas de las que salían las dulces voces.

»Cuando ya con la aurora soltaron amarras y se hicieron a la mar, y la nave alcanzó la isla de las Sirenas, Ulises y sus hombres pusieron en práctica el plan aconsejado por Circe. Las sirenas, advertidas de su presencia, se entregaron a sus melodiosos cantos.

»Ulises pudo comprobar el impacto emocional tan vehemente que le producían en su corazón aquellas voces. Observó su incontenible deseo de seguir escuchándolas, incluso llegó a hacer a sus hombres gestos suplicantes para que le soltaran las ataduras, pero éstos no lo hicieron, ayudándole así a dominarse. Para hacerse más tolerable la privación del placer de acercarse, pensaba en lo hábiles que estaban siendo sus hombres y él pensaba sobre todo en la recompensa más apetecible, Penélope. Se sentía satisfecho de poder contar con el recurso y la compañía de sus hombres y se sentía orgulloso de ser el valiente, prudente e ingenioso Ulises que todos conocían y que todos esperaban que siguiera siendo. "Ulises, lo estás haciendo bien, te mereces la recompensa final", se decía para sus adentros.

»Y cuando ya por fin la nave se alejó de la isla de las Sirenas, Ulises comprobó que sus habilidades para darse aliento y los cambios diseñados en su entorno habían sido efectivos. Había evitado hábilmente los riesgos de quedarse para siempre retenido en la pradera de la isla de las Sirenas, donde habría de aguardar la inexorable muerte calcinado por el sol. Había valido la pena seguir los sabios consejos de Circe.»

Hay personas a las que pretendemos ayudar que invocan la «fuerza de voluntad» como requisito exclusivo para lograr sus objetivos (abandonar el hábito de fumar, estudiar más, desarrollar autocontrol emocional...) y, claro está, suelen fracasar en alcanzarlos. La metáfora ayuda a ver la complejidad de los proyectos de cambio y la necesidad de, como Ulises, hacer un plan que implica estimar los objetivos y tomar las propias decisiones en relación con ellos —llegar a abrazar a Penélope—, pasar a la acción para lograrlos —rediseñar el ambiente y anticipar qué hacer cuando aparezcan las tentaciones— y utilizar recursos y personas del entorno —los marineros.

4.2.7. *Explicar y enfatizar el valor funcional de la perseverancia de la acción*

Existen multitud de experiencias sacadas de la vida de los consultantes, así como experimentos, que pueden servir de pretexto para enfatizar la importancia de la acción. La metáfora 10 subraya el valor de la persistencia en la acción. Sólo quien persiste lo suficiente para encontrar solución a una dificultad o alcanzar los objetivos que pretende encuentra su recompensa. En cambio, quien «se entrega» y abandona con facilidad y rapidez rara vez logrará resultados. Esta metáfora puede resultar de utilidad en momentos críticos de la vida de las personas, en aquellos momentos en que les invaden sentimientos de indefensión y están a punto de abandonar y «tirar la toalla».

Metáfora 11. *Las ranas que cayeron en un depósito de nata*

«Dos ranas cayeron en un depósito de nata. "¡Nademos!", dijo una. "¡Imposible! —dijo la otra—, esto es demasiado blando para poder saltar y demasiado espeso para poder nadar. Si hemos de hundirnos, que sea cuanto antes." Y se dejó morir.

»La otra rana siguió pedaleando toda la noche y a la mañana siguiente se encontró reposando en una sólida mantequilla comiéndose las moscas que acudían.»

5. CÓMO UTILIZAR LAS METÁFORAS

Las anécdotas, parábolas, fábulas, cuentos, analogías, experiencias, experimentos, dichos o citas

pueden ser estrategias para utilizar la metáfora. Existen libros en los que puede encontrarse con cierta amplitud este recurso y a los que remitimos al lector si desea profundizar en el tema (Iriarte, 1979; Bádenas y López, 1985; Lakoff y Jonson, 1991; Samaniego, 1991; Calle, 1997). Los relatos y cuentos estimulan también la imaginación, por lo que están especialmente indicados para niños, que suelen tener una capacidad extraordinaria para la fantasía.

Quienes escribimos este capítulo utilizamos las metáforas en el marco de las actividades de educación para la salud, del consejo psicológico (Costa y López, 2003, 2006, 2008) y en cualquier otra actividad orientada a la influencia psicológica para ayudar a las personas a introducir aspectos de reflexión crítica que les lleven a aceptar o cambiar determinados aspectos de su comportamiento y de su vida. Las utilizamos para enfatizar conceptos, valores y prácticas y también para facilitar el recuerdo y obviar discusiones innecesarias. Las utilizamos con niños y adolescentes y también con los adultos en general. En la tabla 33.1 se resumen algunos criterios en la utilización de metáforas.

Uno de los criterios más relevantes es suscitar el valor funcional del lenguaje de las metáforas en el escenario de la relación de autoayuda a través del *autolenguaje,* bien mediante ejercicios experienciales (exposiciones), bien mediante diálogos o debates, de manera que el consultante tenga oportunidad de utilizar y transferirlo a otros escenarios de la vida cotidiana.

TABLA 33.1

Criterios en la utilización de metáforas

1. Escoger relatos o historias que tengan sentido para el consultante o audiencia. Nos pueden servir noticias de la prensa, cuentos, casos y experiencias, experimentos y anécdotas de la vida cotidiana.
2. La mejor metáfora es la que proporciona el propio consultante o la audiencia, por lo que conviene estar receptivo y escuchar los relatos y experiencias que nos cuentan.
3. Las metáforas y el vocabulario han de ser apropiados a la edad y al contexto social verbal y cultural del consultante o de la audiencia.
4. Los relatos necesitan ser más breves y sencillos, en especial si se dirigen a niños.
5. Resulta importante marcar las transiciones y cambios relevantes del relato mediante pausas u otros rituales que susciten la emoción y expectación.
6. Las narraciones deberían tener tinte o ayuda dramática evitando un tono monocorde. Esto es especialmente importante para los niños junto con el acompañamiento no verbal de gesticulaciones y cambios en la expresión facial que simulen la experiencia emocional de los personajes del relato y los contextos por el que transcurre. Los adultos, en cambio, prefieren un relato menos afectado, si bien con una sintaxis bien construida.
7. Si se lee la historia, es conveniente hacerlo de una manera clara y reducir la velocidad hasta asemejarla a cuando se cuenta un cuento y mantener un contacto visual con el consultante o la audiencia.
8. En entrevistas de consejo clínico puede introducirse la metáfora de una manera adecuada al contexto del diálogo que se esté manteniendo («Esto me recuerda...», «lo que me cuenta me trae a la memoria...»).
9. Al terminar el relato, evitar dar nuestra interpretación. Es conveniente demorarla. Por el contrario, invitar al consultante o a la audiencia a que lo comente, o hacer preguntas de manera que les estimule a hablar (¿qué le sugiere este cuento?...).
10. Puede estar indicado realizar ejercicios experienciales de manera que pueda sacar conclusiones en relación con el tema o problemas que se consultan. Desde esta perspectiva, conviene *prolongar los efectos de la metáfora a través del autolenguaje.*
11. Por último, las conclusiones han de ser prácticas en relación con cursos de acción orientados por los valores del consultante o de la audiencia.

Metáfora 12. *Un viaje en burro y no a gusto de todos*

«Había una vez un matrimonio con un hijo de doce años y un burro. Decidieron viajar, trabajar y conocer mundo. Así, se fueron los tres con su burro.

»Al pasar por el primer pueblo, la gente comentaba: "Mirad a ese chico maleducado! ¡Él arriba del burro y los pobres padres, ya grandes, llevándolo de las riendas!".

»Entonces, la mujer le dijo a su esposo: "No permitamos que la gente hable mal del niño". El esposo lo bajó y se subió él. Al llegar al segundo pueblo, la gente murmuraba: "Mirad qué sinvergüenza ese tipo! Deja que la criatura y la pobre mujer tiren del burro, mientras él va muy cómodo encima". Entonces, tomaron la decisión de subirla a ella al burro mientras padre e hijo tiraban de las riendas. Al pasar por el tercer pueblo, la gente comentaba: "¡Pobre hombre! ¡Después de trabajar todo el día, debe llevar a la mujer sobre el burro! Y pobre hijo... ¡qué le espera con esa madre!". Se pusieron de acuerdo y decidieron subir al burro los tres para comenzar nuevamente su peregrinaje. Al llegar al pueblo siguiente, escucharon que los pobladores decían: "¡Son unas bestias, más bestias que el burro que los lleva, van a partirle la columna!". Por último, decidieron bajarse los tres y caminar junto al burro. Pero al pasar por el pueblo siguiente, no podían creer lo que las voces decían sonrientes: "¡Mira a esos tres idiotas: caminan, cuando tienen un burro que podría llevarlos!".»

El siguiente esquema puede servir de ejemplo de cómo utilizar esta metáfora con una persona atenazada por el temor a los juicios que los demás pueden hacer de su conducta.

1.º Invitar al consultante a **opinar** sobre la metáfora y sacar **conclusiones.**

2.º **Dialogar-debatir** sobre lo relativo y arbitrario que resultan los juicios y valoraciones que la gente hace de nuestra conducta. Algunas conclusiones que podrían extraerse serían:

- Hagamos lo que hagamos, siempre seremos objeto de juicios y valoraciones diferentes, nos gusten o no, y eso es algo sobre lo que no solemos tener control.
- Puede resultar un «sinsentido» orientar nuestra propia valoración personal y nuestra conducta por lo que puede pasar en las cabezas ajenas.
- Por eso, podemos tomar nota, si así lo decidimos, de lo que dicen o de las opiniones y valoraciones de que somos objeto, pero en modo alguno eso ha de ser un dictamen imperativo para que nos comportemos como nos dicen que lo hagamos.
- Somos nosotros quienes hemos de decidir vivir y actuar como decidamos hacerlo.

3.º **Ejercicio experiencial en el escenario de la entrevista.**

- Consultor/a: «Me pregunto qué pasaría si yo, que soy un ser pensante, comienzo a pensar acerca de usted. Imagínese que, en efecto, estoy pensando y pienso que [...], ¿qué opinión le merece?». A través de este ejercicio, el consultor va suscitando en el consultante la decisión de utilizar otras reglas verbales que ayuden a diferenciar quién es él y quién el consultor y el derecho de cada uno a pensar y tener perspectivas diferentes, incluido la de tener «prejuicios» acerca de la conducta del otro.
- Enfatizar las nuevas reglas verbales y tomar la decisión de utilizarlas en otros contextos de la vida cotidiana.

4.º **Ejercicio experiencial en otros contextos de la vida cotidiana.**

- Facilitar que el consultante se sienta libre de continuar o cambiar estas reglas verbales. Tomar la decisión de si es o no un **valor** importante que conviene promover en la vida social del consultante.
- Identificar situaciones críticas en las que resulte relevante su utilización.
- Proponer maneras de llevarlo a la práctica (Ejemplo: «Me pregunto, si esto es importante para usted, cómo sería la mejor manera de practicarlo en otros contextos de su vida. ¿Qué se le ocurre?»).

34 Fuentes documentales y recursos en Internet

MIGUEL ÁNGEL SIMÓN
ANA M.ª BUENO

1. INTRODUCCIÓN

La modificación de conducta ha experimentado un considerable desarrollo desde su consolidación como disciplina científica en el siglo XX. Al igual que ocurre en el resto de los ámbitos del conocimiento científico contemporáneo, existe una gran cantidad de producción, con una aceleración también muy notable del envejecimiento de la información producida. Estas características de la ciencia actual determinan que, hoy más que nunca, cobre especial relevancia todo lo relativo al acceso a la documentación e información científica; cuestión de interés no sólo para los docentes e investigadores, sino también para los profesionales que pretenden «estar al día» en su trabajo. Ahora bien, para alcanzar este objetivo, y dado el volumen de información no sólo generada, sino también disponible, particularmente propiciado por el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), resulta ineludible conocer cuáles son las fuentes de obtención de información realmente relevantes.

Al hablar de fuentes se está aludiendo a documentos que proporcionan un conocimiento útil para la construcción de la ciencia. Por lo general, constituyen productos facilitados por entidades, centros, sistemas u organismos especializados en un determinado ámbito de trabajo y destinados a proporcionar información directa a los usuarios acerca de documentos primarios y secundarios. La utilización de las TIC permite además, de forma relativamente sencilla, el acceso rápido a la documentación existente sobre un determinado tema, previamente almacenada en ordenadores y, en muchas ocasiones, clasificada en grandes bases de datos temáticas.

En el presente capítulo se detallan las principales fuentes documentales en modificación de conducta (tanto primarias como secundarias, y ya sean éstas generales o especializadas), especificando igualmente los recursos disponibles en Internet. Con este propósito, se presentan en primer lugar los principales manuales y otras obras de referencia publicados en estos inicios del siglo XXI y que representan, como es sabido, importantes fuentes de la modificación de conducta. Posteriormente, se detallan las publicaciones periódicas (revistas especializadas y revisiones) más relevantes en este ámbito, con independencia del soporte en que se editen (papel y/o formato electrónico). Para terminar, se presentan los principales recursos existentes en Internet, abordando cuestiones relativas a las páginas web, bases de datos en línea, listas de distribución y grupos de noticias.

Se incluyen en este apartado aquellos manuales y obras que, no siendo considerados explícitamente como tales, resultan ser amplios vólumenes que bien podrían catalogarse bajo esta denominación. En cualquier caso, se referencian aquí obras que cumplen dos requisitos diferenciadores; por una parte, se trata de libros extensos, en lo que a volumen de páginas se refiere, y, por otra, deben considerarse igualmente amplios en lo relativo a la te-

mática que cubren. No se incluyen aquí, por tanto, obras dedicadas a una técnica concreta o al tratamiento de un problema particular, dado que lo que se pretende en este punto es aportar un material bibliográfico que aborde de manera general el ámbito de la modificación de conducta o, cuando menos, cubra grandes parcelas de técnicas, aplicaciones u otros aspectos relevantes para el estudioso de esta disciplina. El lector interesado en una información más puntual acerca de temas específicos sin duda dará cumplida satisfacción a su interés consultando las lecturas que, en este mismo manual, se recomiendan al final de cada uno de los capítulos.

Por lo que se refiere a los límites temporales, es obvio que también aquí es preciso realizar alguna acotación. En este sentido, se ha estimado oportuno incluir el material bibliográfico que ha aparecido en el presente siglo XXI. Una cuestión relevante relacionada con este punto que convendría aclarar tiene que ver con los libros que, publicados originalmente con anterioridad al año 2000, han sido reeditados con posterioridad a esta fecha. En estos casos, señalar que sólo se han incluido aquellas nuevas ediciones que han incorporado cambios sustanciales respecto a sus versiones anteriores y que, por tanto, pueden considerarse como un material nuevo y actual.

Finalmente, como el lector podrá observar a continuación, la información se ha estructurado en tres partes. En primer lugar, siguiendo un orden alfabético, se incluyen diversas obras acompañadas de un breve comentario acerca de su contenido. No exenta de arbitrariedad, se trata de una selección de aquel material considerado más significativo a tenor de los criterios de generalidad anteriormente expuestos. Posteriormente, en el segundo punto, se incluye un listado de otras referencias de interés en el área que, aunque en menor medida, cumplen con el objetivo de brindar al lector una información general y extensa. Para terminar, se dedica un apartado a reseñar las obras de estructura enciclopédica que han sido publicadas en el presente siglo en el ámbito de la modificación de conducta.

2. MANUALES Y OTRAS OBRAS DE REFERENCIA

2.1. Referencias comentadas

Barlow, D. H. (ed.) (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual,* 4.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Eminentemente práctico, este manual ofrece herramientas de indudable utilidad para el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, conductas adictivas, trastornos de la alimentación, disfunciones sexuales y problemas de pareja, entre otros. Cada capítulo comienza con un resumen del estado actual del conocimiento acerca del trastorno abordado y una revisión de las bases conceptuales y empíricas de la intervención. Posteriormente, se exponen los objetivos del tratamiento y los procesos de toma de decisiones terapéuticas y de aplicación de la terapia. Además, en esta cuarta edición, revisada y ampliada, se incluyen ejemplos de casos y se tratan interesantes cuestiones tales como la forma de explicar el proceso de tratamiento a los pacientes, cómo conseguir la participación de coterapeutas (cuando esto resulte conveniente), estrategias para superar problemas comunes en la aplicación del tratamiento psicológico o una revisión de predictores clínicos de éxito o fracaso terapéutico.

Bieling, P. J., McCabe, R. E. y Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Este auténtico manual de intervención psicológica en grupo contiene 17 capítulos estructurados en tres partes. La primera (seis capítulos) aborda los principios generales a tener en cuenta para la aplicación de tratamiento en grupo. En la segunda parte se incluyen nueve capítulos en los que se expone cómo llevar a cabo el tratamiento grupal en problemas específicos (trastorno de pánico-agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, etc.); finalmente,

en la tercera parte, se sugieren direcciones futuras a considerar en este campo.

Carr, A. (ed.) (2000). *What works with children and adolescents?: A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families.* Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge.

A través de la exposición de más de 150 trabajos de investigación, destacados especialistas revisan la evidencia empírica sobre la eficacia del tratamiento psicológico en una amplia gama de problemas propios de la infancia y la adolescencia, entre los que se incluyen: abuso sexual, enuresis y encopresis, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, abuso de drogas, trastornos de ansiedad, depresión, anorexia y bulimia, dolor pediátrico o reacciones a la separación y divorcio de los padres.

Christner, R. W., Steward, J. L. y Freeman, A. (eds.) (2007). *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: Specific settings and presenting problems.* Nueva York, NY: Routledge.

Amplio volumen dedicado específicamente al tratamiento psicológico de problemas de la infancia y la adolescencia aplicado en grupo. Importantes especialistas abordan, en una primera parte, los aspectos generales que deben tenerse en cuenta en el tratamiento grupal; en un segundo bloque de capítulos se revisa la intervención aplicada en ámbitos específicos (escuelas, hospitales, etc.) y, finalmente, se incluyen hasta 15 capítulos en los que se expone la aplicación en grupo de técnicas de intervención para el tratamiento de numerosos problemas psicológicos en niños y adolescentes. En un último capítulo se aportan conclusiones y líneas de investigación futuras en el ámbito de la terapia grupal.

Dobson, K. S. (ed.) (2001). *Handbook of cognitive-behavioral therapies,* 2.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Esta segunda edición de la obra original de Dobson de 1988 sigue siendo, como lo fue entonces, un manual de referencia indispensable para todo lector interesado en las técnicas cognitivas. Tras una primera parte, ampliada con dos capítulos respecto a la edición anterior, en la que se abordan extensamente los aspectos conceptuales de las técnicas cognitivas, se incluyen seis capítulos en los que los «padres» (Aaron T. Beck, Albert Ellis, Thomas D'Zurilla, etc.) de cada una de las técnicas abordadas nos ilustran sobre la teoría y la práctica de éstas.

Farmer, R. F. y Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action.* Washington, DC: American Psychological Association.

Detallada guía de aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales. Utilizando ejemplos de casos, se muestra cómo llevar a cabo las sesiones iniciales de evaluación, cómo formular casos, planificar el tratamiento, aplicar estrategias de intervención conductuales y cognitivas y, finalmente, cómo terminar el tratamiento y ayudar a la generalización de las ganancias terapéuticas.

Hersen, M. (ed.) (2002). *Clinical behavior therapy: Adults and children.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Amplio manual de aplicación de técnicas de terapia de conducta en el ámbito de la psicología clínica. La obra se divide en dos partes, la primera dedicada a adultos y la segunda a población infantil y adolescente. Cada parte comienza con un capítulo en el que se trata, de manera general, la conceptualización conductual de casos en población adulta e infantil, para, posteriormente, dedicar distintos capítulos, elaborados por destacados especialistas, al tratamiento conductual de trastornos específicos. En la parte dedicada a adultos, a lo largo de once capítulos, se aborda el tratamiento del trastorno depresivo mayor, diversos trastornos de ansiedad, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad, abuso de alcohol, disfunción sexual y problemas conyugales. La parte dedicada a población infantil y adoles-

cente incluye doce capítulos en los que se tratan otros tantos trastornos (depresión infantil, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, anorexia nerviosa, trastorno por estrés postraumático, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la eliminación, abuso sexual infantil, etc.). En cada capítulo se ofrece una visión general acerca del problema y una descripción e historia de un caso específico, incluyendo los resultados de la evaluación clínica, la conceptualización del trastorno, la justificación de la elección del tratamiento y la planificación de éste, así como una detallada descripción de la aplicación de la intervención. Finalmente, se incluye una discusión acerca de la efectividad global de la terapia de conducta en cada caso.

Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings,* 6.ª ed. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Sexta edición de un clásico del año 1975 que se ha reeditado, revisado y modificado a lo largo de más de 30 años. Centrado en la aplicación de los principios del condicionamiento operante, Kazdin nos sigue ofreciendo un valioso material acerca de cómo aplicar las técnicas de modificación de conducta en ámbitos tales como hospitales, colegios, centros de día, empresas, etc. Los primeros capítulos se dedican a la exposición de los principios del condicionamiento operante, a la evaluación y análisis funcional del comportamiento y a la evaluación de la eficacia de los programas de modificación de conducta. Posteriormente, se expone, en los capítulos centrales de la obra, la aplicación pormenorizada de los distintos procedimientos operantes. Además, aunque de forma más genérica, se dedican dos capítulos a técnicas basadas en otros enfoques conceptuales (teoría del aprendizaje social y enfoque cognitivo). Finalmente, se incluyen capítulos dedicados al mantenimiento y generalización de las ganancias de la intervención, así como a la consideración de aspectos éticos y legales relacionados con la modificación de conducta y la sugerencia de futuros retos para la disciplina. Existe una traducción en lengua española de la 5.ª edición (original de 1994) publicada por la editorial Manual Moderno.

Kazdin, A. E. y Weisz, J. R. (eds.) (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Revisión de tratamientos eficaces para trastornos propios de la infancia y la adolescencia (ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la alimentación, autismo, etcétera). En cada capítulo se abordan las bases conceptuales y empíricas de los tratamientos propuestos y cómo implementarlos en la práctica clínica.

Kendall, P. C. (ed.) (2006). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures,* 3.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Después de proporcionar un marco general para el tratamiento de problemas psicológicos en niños y adolescentes, la parte central de la obra se dedica a trastornos específicos, incluyendo capítulos dedicados a los mismos temas ya presentes en la primera edición de 1991 (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, depresión, trastornos de ansiedad e ira y agresividad) y añadiendo otros nuevos, dedicados al tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de la alimentación, el tratamiento de niños y adolescentes víctimas de catástrofes y terrorismo, el abuso sexual infantil y el suicidio. En cada capítulo se revisa la evidencia empírica existente acerca de la eficacia de las intervenciones descritas y se incluyen ejemplos de casos muy útiles para la práctica clínica.

Martin, G. L. y Pear, J. (2007). *Behavior modification: What it is and how to do it,* 8.ª ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Manual de técnicas de modificación de conducta basadas en la aplicación de los principios del condicionamiento operante. Con un estilo didáctico y lenguaje asequible, incluso para lectores sin formación previa en la disciplina, en los 14 capítulos centrales se desgranan los principales procedimientos operantes, ilustrando la exposición con numerosos ejemplos de aplicación. Además, se incluye una primera parte (dos capítulos) en la que se abordan aspectos conceptuales y ámbitos de aplicación de la modifi-

cación de conducta e, igualmente, tres bloques finales de capítulos dedicados a consideraciones preliminares para la planificación del tratamiento, evaluación conductual y diseños de investigación en modificación de conducta. Incluye además una miscelánea de capítulos acerca de temas como autocontrol, técnicas cognitivas, aplicaciones clínicas, perspectiva histórica de la modificación de conducta o consideraciones éticas. Existe una traducción en lengua española publicada por la misma editorial.

Miltenberger, R. G. (2001). *Behavior modification: Principles and procedures,* 2.ª ed. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Se trata de un manual de técnicas de modificación de conducta centrado, casi de manera exclusiva, en los procedimientos basados en el condicionamiento operante. Tras una introducción a la modificación de conducta y dos capítulos dedicados a la medida del comportamiento, se incluyen cinco capítulos que exponen los principios básicos del condicionamiento operante, para, posteriormente, dedicar capítulos específicos a la exposición de la conceptualización y procedimiento de aplicación de cada una de las técnicas fundamentales de modificación de conducta. La presente edición se ha enriquecido con la inclusión de múltiples ejemplos de aplicación de las técnicas abordadas a la vida diaria y ejercicios prácticos para ensayar lo aprendido y corregir errores.

O'Donohue, W. T., Fisher, J. E. y Hayes, S. C. (eds.) (2003). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice.* Nueva York, NY: John Wiley & Sons.

Interesante volumen práctico en el que a lo largo de más de 60 brevísimos capítulos, ordenados alfabéticamente a modo de enciclopedia, expertos de reconocido prestigio proporcionan al lector información acerca de las principales técnicas de intervención psicológica que han mostrado su eficacia en el tramiento de una gran diversidad de problemas (depresión, enuresis, adherencia a tratamientos médicos, trastorno de pánico, insomnio, etc.). Se incluyen tablas en las que se resumen, paso a paso, los protocolos de aplicación de los tratamientos.

O'Donohue, W. T., Henderson, D. A., Hayes, S. C., Fisher, J. E. y Hayes, L. J. (eds.) (2001). *A history of the behavioral therapies: Founders' personal histories.* Reno, NV: Context Press.

Dieciocho capítulos dedicados a la historia de la modificación de conducta a través de una peculiar perspectiva. Significativas figuras de la disciplina comentan su trabajo y cuáles han sido las fuentes que han ejercido una mayor influencia en su devenir académico y profesional, incluyendo así, en los diversos capítulos, interesantes «biografías» de los fundadores de la modificación de conducta.

Reinecke, M. A., Dattilio, F. M. y Freeman, A. (eds.) (2003). *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice,* 2.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Segunda edicion, revisada y ampliada con nuevos capítulos, de la obra de 1996. Se trata de un libro de casos que aborda la evaluación y tratamiento de numerosos problemas en niños y adolescentes. Siguiendo un formato uniforme, en cada capítulo se revisa la literatura sobre el problema en cuestión y se presenta un estudio de caso en el que, de manera extensa, se ejemplifica cómo llevar a cabo la aplicación de los tratamientos psicológicos en la práctica clínica.

Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples.* Nueva York, NY: Cambridge University Press.

Este volumen aborda, tras una sección de introducción general, cinco bloques de capítulos dedicados al tratamiento de problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia; concretamente, cada una de estas secciones se destina al tratamiento de: miedos y ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y diversas conductas disruptivas. En cada caso se incluyen apartados so-

bre bases conceptuales, aplicación clínica (con ejemplos de casos), fortalezas y limitaciones de los tratamientos expuestos, planteamiento y propuesta de soluciones a dificultades habituales que surgen en el curso de la interveción y, además, revisiones críticas acerca de la eficacia de los tratamientos abordados.

2.2. Otras referencias de interés

Antony, M. M., Ledley, D. R. y Heimberg, R. G. (eds.) (2005). *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment.* Washington, DC: American Psychological Association.

Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* Nueva York, NY: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., y Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders,* 2.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Briesmeister, J. M. y Schaefer, C. E. (eds.) (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors,* 3.ª ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (eds.) (2005). *Manual de terapia de conducta en la infancia.* Madrid: Dykinson.

Dattilio, F. M. y Freeman, A. (eds.) (2007). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention,* 3.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Dougher, M. J. (ed.) (2000). *Clinical behavior analysis.* Reno, NV: Context Press.

Drotar, D. (2006). *Psychological interventions in childhood chronic illness.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy.* Amherst, NY: Prometheus Books.

Espada, J. P., Olivares, J. y Méndez, F. X. (eds.) (2005). *Terapia psicológica: Casos prácticos.* Madrid: Pirámide.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. (2004). *Clinical applications of cognitive therapy,* 2.ª ed. Nueva York, NY: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Gilbert, P. y Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies.* Nueva York, NY: Routledge.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R. y L'Abate, L. (eds.) (2005). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy.* Nueva York, NY: Routledge.

Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for child and adolescents: Directions for research and practice.* Nueva York, NY: Oxford University Press.

Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva Psicología Clínica.* Madrid: Dykinson.

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Leahy, R. L. (ed.) (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Leahy, R. L. (ed.) (2004). *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Leahy, R. L. y Dowd, E. T. (eds.) (2002). *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application.* Nueva York, NY: Springer Publishing Company.

Leahy, R. L. y Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors,* 2.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

McLean, P. D. y Woody, S. R. (2001). *Anxiety disorders in adults: An evidence-based approach to psychological treatment.* Nueva York, NY: Oxford University Press.

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (eds.) (2006). *Terapia psicológica con niños y adoles-*

centes. Estudio de casos clínicos. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (eds.) (2006). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. Madrid: Pirámide.

Mennuti, R. B., Freeman, A. y Christner, R. W. (eds.) (2006). *Cognitive-behavioral interventions in educational settings: A handbook for practice*. Nueva York, NY: Routledge.

Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (vol. 1: Adultos; vol. 2: Psicología de la Salud; vol. 3: Infancia y adolescencia)*. Madrid: Pirámide.

Sperry, L. (2006). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders: Highly effective interventions for the most common personality disorders*, 2.ª ed. Nueva York, NY: Routledge.

Sudak, D. M. (2006). *Cognitive behavioral therapy for clinicians: Psychotherapy in clinical practice*. Filadelfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins Piblishers.

Tarrier, N. (ed.) (2006). *Case formulation in cognitive behavior therapy: The treatment of challenging and complex cases*. Nueva York, NY: Routledge.

Taylor, R. R. (2006). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. Nueva York, NY: Springer Science + Business Media.

Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson R., Mountford, V. y Russell, K. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.

White, C. A. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. Nueva York, NY: John Wiley & Sons.

White, J. R. y Freeman, A. S. (eds.) (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations*. Washington, DC: American Psychological Association.

Witkiewitz, K. A. y Marlatt, G. A. (eds.) (2007). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

Wright, J. H., Basco, M. R. y Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

2.3. Enciclopedias

Freeman, A., Felgoise, S. H., Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Reinecke, M. A. (eds.) (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Nueva York, NY: Springer Science + Business Media.

Tras un prefacio de Aaron T. Beck, hasta 200 autores de primera línea (Arthur Freeman, Windy Dryden, Thomas Ollendick, etc.) colaboran para ofrecernos, a traves de las diversas entradas de esta enciclopedia, un completo panorama de los conceptos, técnicas y aplicaciones de interés en el marco de la terapia cognitiva.

Hersen, M., Rosqvist, J., Gross, A. M., Drabman, R. S., Sugai, G. y Horner, R. (eds.) (2005). *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy, vol. 1: Adult clinical applications, vol. 2: Child clinical aplications, vol. 3: Educational applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Enciclopedia en tres volúmenes sobre aplicación de la Modificación de Conducta en adultos, niños y ámbito educativo. Aunque el foco principal lo constituyen las aplicaciones de las diferentes técnicas, las más de 400 entradas cubren aspectos relacionados con la historia y conceptualización de la disciplina, así como técnicas específicas y personajes relevantes. En cada entrada se incluyen lecturas recomendadas.

Hersen, M. y Sledge, W. (eds.) (2002). *Encyclopedia of psychotherapy (vol. 1: A-H; vol. 2: I-Z)*. San Diego, CA: Academic Press.

Más de 200 entradas dan amplia cobertura al campo de la psicoterapia, abarcando las principales orien-

taciones y técnicas derivadas. Utilizando un lenguaje claro y sencillo, puede ser de utilidad para estudiosos con diversos grados de formación en el área.

3. PUBLICACIONES PERIÓDICAS

3.1. Revistas especializadas

Las revistas especializadas constituyen el medio de comunicación científica de carácter formal más importante y representativo. El conocimiento de cuáles son las revistas que pueden ofrecer artículos relevantes y valiosos para el trabajo en modificación de conducta resulta ineludible, al igual que en cualquier otra especialidad, ya que a través de ellas son dadas a conocer las producciones científicas que tienen lugar en este campo.

Existen numerosas revistas que dedican algunos artículos y/o números a aspectos relacionados con la modificación de conducta (por ejemplo, *Psicothema*) e incluso otras que tratan temas concretos de interés para ella (por ejemplo, *Psychophysiology*). No obstante, de cara a una necesaria selección, se van a citar sólo aquellas revistas especializadas que pueden considerarse fundamentales, en el sentido de que tienen como objetivo específico, más o menos marcado según los casos, la publicación de trabajos encuadrados en este ámbito del conocimiento científico.

Para exponer de forma organizada este material se presentan, en primer lugar, las publicaciones más significativas por su pertinencia y calidad, acompañadas de un breve comentario descriptivo de ellas, así como de los datos relativos a ISSN (número internacional normalizado de publicaciones seriadas), director/es y grupo editorial que las publica. Adicionalmente, se proporciona una dirección electrónica en la que el lector interesado puede consultar directamente información sobre la revista. Por lo que a esto se refiere, es de destacar que la presencia en Internet de revistas impresas en papel es de muy diverso tipo. Muchas de ellas sólo incluyen el sumario, otras los resúmenes de los artículos originales, otras permiten además acceder al texto completo de algunos artículos seleccionados y, las menos, al texto completo de toda la revista, el cual, en muchas ocasiones, sólo está permitido a suscriptores. En segundo lugar, se ofrece un listado de otras revistas que pueden resultar también de interés, bien por centrarse en una estrategia o área de intervención concreta, bien por abarcar áreas más generales de las cuales forma parte la modificación de conducta.

Análisis y Modificación de Conducta (ISSN: 0211-7339).
Editor: Vicente Pelechano.
Publica: Promolibro.

Se trata de una revista fundamental para apreciar el surgimiento y desarrollo de la modificación de conducta en España. Fundada en 1975 por el profesor Vicente Pelechado, y de periodicidad bimestral, ha publicado desde sus orígenes importantes trabajos que han sido punto de referencia tanto de temas como de autores en la producción nacional. http://www.psyli.com.

Applied Psychophysiology and Biofeedback (ISSN: 1090-0586).
Editor: Frank Andrasik.
Publica: Springer.

Ligada a la Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, esta revista comenzó su andadura en 1976 bajo la denominación de *Biofeedback and Self-Regulation*. De periodicidad trimestral, publica trabajos que, desde la investigación básica o aplicada, supongan una contribución al campo de la psicofisiología. No obstante, dada su marcada orientación clínica, el tipo de artículos que más frecuentemente aparecen versan sobre evaluación y tratamiento de trastornos psicofisiológicos, así como aplicaciones clínicas de las técnicas de biofeedback y otros procedimientos de autocontrol. http://www.springerlink.com/content/104834/.

Behavior Modification (ISSN: 0145-4455).
Editores: Michel Hersen y Alan S. Bellack.
Publica: Sage.

Esta revista, de orientación fundamentalmente aplicada, lleva algo más de 20 años contribuyendo a

la difusión del conocimiento y la investigación en el ámbito de la modificación de conducta. Ocasionalmente aparecen números especiales dedicados a tópicos de particular interés. Publica seis números al año.
http://www.sagepub.com/home.nav.

Behavior Therapy (ISSN: 0005-7894).
Editor: Richard G. Heimberg.
Publica: Elsevier.

Es una de las revistas de más tradición en el ámbito de la modificación de conducta. Desde su aparición, en el año 1970, está centrada en la publicación de trabajos referidos a la conceptualización, evaluación y tratamiento de problemas clínicos desde una perspectiva conductual. Está vinculada a la Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) (EE.UU.) y tiene una periodicidad trimestral.
http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057894.

Behavioral Interventions (ISSN: 1072-0847).
Editor: Richard M. Foxx.
Publica: Wiley.

Se trata de una publicación que recoge todas aquellas contribuciones relativas a la utilización de procedimientos y técnicas conductuales en el ámbito de la intervención clínica. Además de los artículos de investigación, suele incluir una sección dedicada a la revisión crítica del estado actual de algún tema de interés.
http://www3.interscience.wiley.com/journal/24375/home.

Behaviour Research and Therapy (ISSN: 0005-7967).
Editor: G. Terence Wilson.
Publica: Elsevier.

Bajo la dirección inicial de H. J. Eysenck, esta revista publicó su primer número en 1963. En sus comienzos estaba vinculada a la llamada orientación mediacional, aunque posteriormente, debido al propio desarrollo y consolidación de la modificación de conducta, publica todo tipo de trabajos de investigación relacionados con el tratamiento cognitivo-conductual. Edita 12 números al año, y aunque los estudios publicados tienen un carácter tanto básico como aplicado, destacan las contribuciones en el área clínica y de la salud, tanto en lo que se refiere a evaluación como a tratamiento.
http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967.

Behavioural and Cognitive Psychotherapy (ISSN: 1352-4658).
Editor: Paul M. Salkovskis.
Publica: Cambridge University Press.

Se trata de una publicación internacional de carácter multidisciplinar auspiciada por la British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP). En sus cinco números anuales aparecen todos aquellos trabajos que supongan alguna contribución conceptual, metodológica o técnica a la terapia conductual y cognitiva. Por ello, es muy amplia la variedad tanto de tópicos como de tipos de estudios que cubre. Incluye revisiones críticas de la literatura especializada.
http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=BCP.

Cognitive and Behavioral Practice (ISSN: 1077-7229).
Editor: Stefan G. Hofmann.
Publica: Elsevier.

Al igual que *Behavior Therapy*, está ligada a la Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) (EE.UU.). Desde su nacimiento en 1994, y de forma trimestral, pretende ser un puente entre investigación y práctica clínica de la terapia de conducta, por lo que se trata de una publicación muy recomendable no sólo para los investigadores, sino también, y de forma muy especial, para los profesionales que trabajan con procedimientos conductuales en el ámbito de la psicología clínica y de la salud.
http://www.sciencedirect.com/science/journal/10777229.

Cognitive Behaviour Therapy (ISSN: 1650-6073).
Editor: Gerhard Andersson y Gordon J. G. Asmundson.
Publica: Routledge.

Editada previamente con la denominación de *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, la revista cambió a su actual título en el año 2002. Publica contribuciones originales en el campo de la psicología clínica y de la salud, tanto vinculadas a la evaluación como al tratamiento. Tienen cabida igualmente trabajos de investigación básica en el ámbito de la psicopatología. Publica cuatro números al año.
http://www.tandf.co.uk/journals/titles/16506073.asp.

Cognitive Therapy and Research (ISSN: 0147-5916).
Editor: Rick E. Ingram.
Publica: Springer.

Esta revista publica todos aquellos trabajos vinculados a la investigación del papel de los procesos cognitivos en la adaptación humana. Las contribuciones que aparecen cubren por tanto un amplio número de tópicos (psicología experimental, psicología de la personalidad, psicología del desarrollo, psicología social, etc.), aunque predominan los vinculados a la psicología clínica. Tiene una periodicidad bimestral.
http://www.springerlink.com/content/0147-5916.

International Journal of Cognitive Therapy (ISSN: 1937-1209).
Editor: John H. Riskind.
Publica: Guilford Press.

Publicada trimestralmente por la International Association of Cognitive Psychotherapy (IACP), esta revista es una de las más recientes en este campo. Su primer número apareció en febrero de 2008. Tiene por objeto la publicación de trabajos focalizados sobre cualquier aspecto científico y clínico de la terapia cognitiva, particularmente investigación básica sobre procesos cognitivos en poblaciones clínicas y estudios que supongan el desarrollo de estrategias innovadoras de evaluación y tratamiento de problemas específicos.
http://www.guilford.com.

Journal of Applied Behavior Análisis (ISSN: 0021-8855).
Editor: Cathleen C. Piazza.
Publica: *Society for the Experimental Analysis of Behavior* (SEAB).

Es una publicación trimestral que desde el año 1968 publica trabajos relacionados con las aplicaciones del análisis experimental de conducta a problemas de importancia social.
http://seab.envmed.rochester.edu/jaba/.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (ISSN: 0005-7916).
Editor: A. Arntz y M. van den Hout.
Publica: Elsevier.

Desde su aparición en 1970 de la mano de Joseph Wolpe, ha sido una revista muy centrada en la publicación de trabajos de investigación experimental en psicopatología, en particular de aquellos vinculados a la utilización de procedimientos de condicionamiento. Muestra de este énfasis es que a partir del año 2000 lleva por subtítulo *A Journal of Experimental Psychopathology*.
http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057916.

Journal of Cognitive Psychotherapy (ISSN: 0889-8391).
Editor: Steven Taylor.
Publica: Springer.

Dedicada desde sus inicios en 1987 a la publicación de trabajos que supongan un avance en la práctica clínica de la terapia cognitiva, particularmente en lo referido al desarrollo de nuevas técnicas, la revista persigue entre sus objetivos estrechar los nexos entre teoría, práctica e investigación. En sus cuatro números anuales aparecen tanto trabajos de investigación como estudios de casos, artículos de reflexión teórica y revisiones críticas.
http://www.ingentaconnect.com/content/springer/jcogp.

Journal of Consulting and Clinical Psychology (ISSN: 0022-006X).
Editor: Annette M. La Greca.
Publica: *American Psychological Association* (APA).

Esta publicación bimestral tiene como propósito fundamental contribuir al desarrollo del conocimiento en psicología clínica. Desde 1937 viene publicando todo tipo de trabajos relacionados con la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales, motivo por el que resulta una fuente de extraordinaria importancia en lo referido a las aplicaciones clínicas de las técnicas de modificación de conducta. http://www.apa.org/journals/ccp/.

Psicología Conductual (ISSN: 1132-9483).
Editor: Vicente E. Caballo.
Publica: Fundación para el Avance de la Psicología Clínica Conductual.

Vinculada en la actualidad a la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA), recoge desde 1993 todas aquellas contribuciones que puedan resultar de interés para los profesionales y estudiosos del comportamiento, primando fundamentalmente las relacionadas con la intervención en salud. Materias que se identifican con los objetivos de la revista son la terapia y modificación de conducta, la evaluación conductual, la psicofisiología humana o la psicología conductual comunitaria, entre otras.
http://www.psicologiaconductual.com.

Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology (ISSN: 1697-2600).
Editor: Juan Carlos Sierra.
Publica: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Es una revista cuatrimestral editada por la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) desde el año 2001. Publica aquellos trabajos, tanto en español como en inglés, que contribuyan al avance del conocimiento en el campo de la psicología clínica y de la salud. Cuenta con la colaboración de la Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento (ABA-Colombia). http://www.aepc.es/ijchp/.

Entre otras revistas de interés merecen ser destacadas las siguientes:

American Behavioral Scientist
Annals of Behavioral Medicine
Ansiedad y Estrés
Behavior Analysis in Practice
Behavior Research Methods
Behavioral and Brain Sciences
Behavioral Neurosciences
Behavioural Pharmacology
Behavioural Processes
British Journal of Clinical Psychology
British Journal of Health Psychology
Child & Family Behavior Therapy
European Journal of Behavior Analysis
European Journal of Psychological Assessment
Experimental Analysis of Human Behavior Bulletin
Health Psychology
International Journal of Behavioral Medicine
International Journal of Stress Management
Journal of Abnormal Psychology
Journal of Anxiety Disorders
Journal of Behavioral Medicine
Journal of Clinical Psychology in Medical Settings
Journal of Health Psychology
Journal of Positive Behavior Interventions
Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment
Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy
Journal of the Experimental Analysis of Behavior
Learning & Behavior
Psychological Assessment
Psychological Bulletin
Psychology and Health
Psychology, Health & Medicine
Psychophysiology
Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica / International Journal of Psychology and Psychological Therapy

The Behavior Analyst Today
The Behavior Therapist
The Cognitive Behaviour Therapist
The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy

3.2. Revisiones

Al igual que las revistas especializadas, las revisiones constituyen publicaciones periódicas, pero se diferencian de aquéllas tanto por su contenido como por el nivel de conocimientos requerido para su manejo. Así, mientras que a las revistas se las puede considerar como fuentes primarias especializadas, las revisiones representan fuentes secundarias generales.

Las revisiones agrupan generalmente trabajos en los que se analiza «el estado de la cuestión» respecto a un tema o una problemática determinada, recogiendo y sintetizando la literatura científica disponible hasta ese momento. Precisamente por esto su interés es doble, particularmente para las personas en formación: proporcionan una visión actualizada, una panorámica de conjunto, acerca de un determinado tema, a la vez que detallan y remiten a las fuentes documentales primarias en las que se fundamentan.

El número de publicaciones de este tipo en el ámbito de la modificación de conducta ha sido siempre escaso. Incluso, lamentablemente, la mayoría de ellas han tenido serias dificultades para mantenerse en el tiempo, terminando por desaparecer. Tal es el caso de importantes publicaciones como *Advances in Behaviour Research and Therapy* o el *Annual Review of Behavior Therapy*.

En la actualidad, y aunque vinculadas al área más general de la psicología clínica, contamos con dos importantes publicaciones de este tipo, las cuales resultan de gran utilidad para los estudiosos de las aplicaciones clínicas de las técnicas de modificación de conducta.

Annual Review of Clinical Psychology (ISSN: 1548-5943).
Editores: Susan Nolen-Hoeksema, Tyrone Cannon y Tom Widiger.
Publica: Annual Reviews Publications.

En consonancia con la filosofía de los *Annual Reviews*, esta publicación persigue como objetivo interpretar el progreso, dirección y propósito de la investigación actual en parcelas específicas de la psicología clínica. El tipo de contenidos de cada volumen es muy variado. Así, mientras que algunos capítulos se centran en trastornos concretos y en el análisis de la investigación reciente sobre su etiología, evaluación y tratamiento, otros pueden estar focalizados en aspectos metodológicos de la investigación clínica o en el impacto de los factores socioculturales sobre la salud mental, por citar sólo algunos ejemplos. Además, cada volumen puede incluir un conjunto de capítulos dedicados al estudio de diferentes aspectos de un tema concreto. Se trata por tanto de una publicación que representa una valiosa fuente de información tanto para los profesionales de la salud mental como para investigadores y estudiantes.
http://arjournals.annualreviews.org/loi/clinpsy.

Clinical Psychology Review (ISSN: 0272-7358).
Editor: Alan S. Bellack y Michel Hersen.
Publica: Elsevier.

Desde que comenzó su edición en el año 1981, publica revisiones actualizadas de diferentes temáticas. Su propósito es ayudar a los psicólogos clínicos a «mantenerse al día» en las diversas áreas o facetas de su trabajo. Generalmente cubre cuestiones vinculadas a la psicopatología, modificación de conducta, medicina conductual, evaluación, salud mental comunitaria, etc.
http://www.sciencedirect.com/science/journal/02727358.

4. RECURSOS EN INTERNET

4.1. Introducción

La «red de redes» tiene su origen en una red denominada *ARPANET*, desarrollada en 1969 por Bolt, Beranek y Newman en el seno de la Agencia de Proyectos Avanzados de Investigación (ARPA) del Departamento de Defensa de Estados Unidos, con la

finalidad de crear un sistema de comunicación que pudiera soportar fallos parciales sin perder su operatividad (Gilster, 1995). Una vez demostrada la gran utilidad del sistema, durante los primeros años de la década de los ochenta del pasado siglo, éste se extendió rápidamente a los ámbitos científicos y universitarios para, posteriormente, revolucionar de manera radical el mundo de las comunicaciones, cifrándose en ese momento el nacimiento de lo que hoy conocemos bajo la denominación de Internet (Malamud, 1992).

En los próximos apartados se proporcionará una visión de conjunto de los principales servicios, herramientas y recursos que existen en Internet, especificando algunas de las formas más útiles de localizar y recuperar información relevante para nuestro trabajo en el ámbito de la modificación de conducta.

4.2. Páginas web

La World Wide Web (WWW) («telaraña mundial») es, sin lugar a dudas, el servicio de información más popular y extendido de Internet. Su característica básica es que está basado en una tecnología llamada de «hipertexto», siendo actualmente una de las herramientas más flexibles para localizar información en la red. La mayor parte de su desarrollo se llevó a cabo en el Laboratorio Europeo de Física de Partículas (CERN) con sede en Suiza.

El hipertexto es un método para presentar información donde las palabras seleccionadas en el texto pueden ser *expandidas* en cualquier momento para proporcionar otra información sobre la palabra (Stout, 1996). Ello significa que estas palabras forman *vínculos* con otros documentos, que pueden ser texto, archivos, imágenes o cualquier otra cosa, como por ejemplo sonidos.

Sin duda lo más destacable de la WWW es que representa un intento no sólo de simplificar las búsquedas, sino también de organizar toda la información disponible en Internet, donde el usuario va atravesando la red pasando de un documento a otro a través de vínculos.

Como es sabido, para utilizar la WWW el usuario necesita un programa conocido con el nombre de *navegador*. A partir de ahí, y con el fin de acceder a la información que se necesita, es preciso conocer su ubicación o dirección (técnicamente *URL*, localizador uniforme de recursos). Ahora bien, es muy habitual que el usuario esté interesado en localizar información sobre un tema específico e ignore completamente las direcciones de las máquinas donde ésta puede estar disponible. Con una nueva página publicada en algún punto de la red cada tres segundos, es imposible mantener un catálogo de aquello que puede resultar útil. Por este motivo, resulta imprescindible la utilización de *buscadores*, que nos indican la localización precisa de la información y nos conectan directamente con los servidores que la proporcionan. Estos «motores de búsqueda», a los que se accede como a una página más de la WWW, proporcionan a los usuarios una forma sencilla y cómoda de encontrar la información deseada (una especie de «páginas amarillas»). Entre los buscadores más populares y conocidos destacan Google, Lycos, Alta Vista, Excite o Yahoo. Ahora bien, además de estos buscadores generales, existen otros más específicos que permiten búsquedas especializadas y selectivas, motivo por el que resultan más recomendables. Entre ellos podemos destacar los siguientes:

— *Google Académico* (http://scholar.google.es).
— *Libra Academic Search* (http://libra.msra.cn).
— *Scirus* (http://www.scirus.com).

Seguidamente se detallan algunas páginas web donde podemos encontrar información relevante. Por su interés profesional, dicho listado se completa con las direcciones web de algunas de las más importantes asociaciones relacionadas con la modificación de conducta (tabla 34.1).

— *American Psychological Association* (EE.UU.) (http://www.apa.org).

La APA dispone de un servicio conocido con el nombre de *PsychNET* que proporciona información sobre la asociación y sus diversas divisiones a través de Internet. Tiene la ventaja de que el usuario puede ser avisado automáticamente por correo electrónico, de

TABLA 34.1

Dirección electrónica de algunas de las principales asociaciones de modificación de conducta

Asociación	Dirección
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)	http://www.aepc.es
Asociación Psicológia Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA)	http://www.apicsa.net
Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback (AAPB)	http://www.aapb.org
Association for Behavior Analysis International (ABA International)	http://abainternational.org
Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT)	http://www.abct.org
Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC)	http://www.aftcc.org
Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTHECC)	http://www.afforthecc.org
British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP)	http://www.babcp.com
European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)	http://www.eabct.com
Internacional Association for Cognitive Psychotherapy (IACP)	http://www.cognitivetherapyassociation.org
National Association of Cognitive-Behavioral Therapists (NACBT)	http://www.nacbt.org
Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI (SEPCyS)	http://www.sepcys.org
Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)	http://www.sitcc.it
Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive (SSTCC)	http://www.sgvt-sstcc.ch
Society for the Experimental Analysis of Behavior (SEAB)	http://seab.envmed.rochester.edu/society/index.html

forma gratuita, cada vez que se actualiza la información contenida en el servidor.

— *Behavior Analyst Online* (EE.UU.) (http://www.behavior-analyst-online.org).

Aporta información acerca del análisis de conducta y permite el acceso a diferentes recursos electrónicos de interés para profesionales e investigadores.

— *Cambridge Center for Behavioral Studies* (Inglaterra) (http://www.behavior.org).

Interesado en el estudio de la conducta humana y en la aplicación de ese conocimiento a diversos ámbitos, incluye información muy variada de carácter aplicado, así como enlaces a otras páginas de interés.

— *Colegio Oficial de Psicólogos* (España) (http://www.cop.es).

Permite el acceso a una gran cantidad de información relevante y posibilita numerosos enlaces útiles.

— *Medscape* (EE.UU.) (http://www.medscape.com).

Web dirigida a los profesionales de la salud que ofrece servicios de muy distinto tipo, entre los que destaca la difusión de información. Ofrece acceso a múltiples revistas especializadas (en ocasiones al texto completo de los artículos), así como a la base de datos *MEDLINE*.

— *Mental Health Resources* (Inglaterra) (http://www.mhr.org.uk).

Con una buena organización del material, aporta información relativa a muy diversos recursos electrónicos, tanto por temas (por ejemplo, psicología clínica) como por trastornos (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático).

— *National Institute for Health and Clinical Excellence* (RU) (http://www.nice.org.uk).

Se trata de una organización independiente centrada en la salud mental. En la web aporta algunas guías que pueden resultar de ayuda para los profesionales.

— *National Institutes of Health* (NIH) (EE.UU.) (http://www.nih.gov).

El NIH de Estados Unidos es una excelente fuente de información. Proporciona datos acerca de algunos recursos científicos, material bibliográfico y acceso a importantes bases de datos relacionadas con el cuidado de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad (por ejemplo, la *National Library of Medicine* y el *National Institute of Environmental Health Science Library*).

— *Psicoenlaces* (España) (http://www.ub.es/personal/psicoenl.htm).

Directorio de recursos de psicología en Internet elaborado en la Universidad de Barcelona. Proporciona enlaces a páginas de todos los continentes.

— *PsychDirectory* (EE.UU.) (http://www.psychdirectory.com/).

Se trata de un directorio global de recursos y servicios de psicología en Internet. Posibilita además el acceso a diversas bases de datos y ofrece abundante información sobre un amplio espectro de tópicos relacionados con la psicología.

— *RedIRIS* (España) (http://www.rediris.es).

La Red Nacional de I+D, conocida como RedIRIS, es la red académica y de investigación financiada por el Plan Nacional de I+D y gestionada por el Centro de Comunicaciones CSIC/RedIRIS del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Ofrece numerosos servicios de comunicaciones a los investigadores españoles, así como acceso a importantes recursos académico-científicos.

— *The National Institute of Mental Health* (NIMH) (EE.UU.) (http://www.nimh.nih.gov).

El NIMH es una organización dedicada a la investigación en el ámbito de los trastornos mentales. Su página web permite localizar información sobre temas específicos relativos a la comprensión, prevención y tratamiento de estos problemas, así como también acerca de la promoción de la salud mental.

— *Universidad de Columbia* (EE.UU.) (http://www.columbia.edu/cu/libraries).

La biblioteca de la Universidad de Columbia (Nueva York) tiene una localización en la web con una gran cantidad de recursos, refe-

rencias y enlaces a otras bibliotecas de todo el mundo. Se dice de ella que es la mejor «biblioteca virtual».

.3. Bases de datos en línea

Diversos centros de documentación han desarrolla-lo bases de datos en línea para la obtención, clasifica-ión, recuperación, etc., en definitiva, para la gestión ' utilización de información bibliográfica. A continua-ión se relacionan las principales herramientas de es-as características que proporcionan acceso a literatura specializada en modificación de conducta.

— Bases de datos de la American Psychological Association (APA):

- PsycARTICLES: http://www.apa.org/psycarticles.
- PsycBOOKS: http://www.apa.org/psycbooks.
- PsycCRITIQUES: http://www.apa.org/psyccritiques.
- PsycEXTRA: http://www.apa.org/psycextra.
- PsycINFO: http://www.apa.org/psycinfo.

— Bases de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC):

- ISOC: http://bddoc.csic.es:8085.

— Bases de datos de la plataforma *ISI web of Knowledge* (http://isiknowledge.com).

La Federación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), dependiente hasta ahora del Ministerio de Educación y Ciencia, tiene habilitado un portal de acceso a esta plataforma que permite, a través de las direcciones web que se indican a continuación, el acceso gratuito a sus bases de datos para todas las instituciones públicas de investigación.

- Current Contents Connect: http://www.accesowok.fecyt.es/ccc.
- Journal Citation Reports (Science and Social Sciences): http://www.accesowok.fecyt.es/jcr.
- ISI Proceedings: http://www.accesowok.fecyt.es/isip.
- Web of Science: Social Science Citation Index: http://www.accesowok.fecyt.es.wos.

— MEDLINE:

Al igual que en el caso de las bases de datos de la plataforma *ISI web of Knowledge,* se puede acceder gratuitamente a través del portal de la FECYT.
http://www.accesowok.fecyt.es/medline.

- PSYKE: http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/psyke.asp.
- SCOPUS: http://www.scopus.com.
- TESEO (base de datos de tesis doctorales del Ministerio de Educación y Ciencia): http://teseo.mec.es/teseo/jsp/teseo.jsp.

4.4. Listas de distribución

Internet permite participar en la discusión e intercambio de información entre usuarios que comparten intereses comunes a través de las listas de distribución. Estas listas, también llamadas listas de correo *(mailing list),* son un servicio de Internet que utiliza el correo electrónico para su funcionamiento y que permite intercambiar mensajes entre grupos de personas (comunidad virtual) interesadas en una temática concreta. Este recurso responde esencialmente a la necesidad de crear un foro de discusión en el que toda persona con inquietudes en un tema concreto disponga de un espacio en el que poder compartir información y debatir con otros usuarios cualquier aspecto relacionado con el tópico de interés.

La utilidad de las listas de distribución para los profesionales de la psicología interesados en la modificación de conducta es evidente, ya que permite compartir conocimientos e intercambiar información de manera rápida y cómoda acerca de cualquier aspecto relevante para todos los que trabajan en este campo (Simón, 1997).

TABLA 34.2

Algunas listas de distribución útiles en modificación de conducta

Nombre de la lista	Domicilio	Descripción
TYMC	http://listserv.rediris.es/archives/tymc.html	Intercambio específico de información sobre intervención cognitivo-conductual.
CLINICAPSI	http://listserv.rediris.es/archives/clinicapsi.html	Discusión de cualquier aspecto de interés en psicología clínica y psicología de la salud.
ANALISISCONDUCTA	http://delfos.sci.uma.es/mailman/listinfo/analisisconducta	Debate de temas especializados relacionados con el análisis funcional de conducta.
ABAAEC	http://elistas.egrupos.net/lista/abaaec	Lista vinculada a la Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento (ABA Colombia). Centrada en todo lo relativo al análisis de conducta.
PSICOCLINICA	http://elistas.egrupos.net/lista/psicoclinica/alta	Temas de interés general en psicología clínica y de la salud.
TERAPIAONLINE	http://www.cop.es/listas/terapiaonline.htm	Discusión de cuestiones referidas al tratamiento psicológico a través de Internet.
APICSA3	http://es.groups.yahoo.com/group/apicsa3	Lista vinculada a la Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud (APICSA) y a la revista *Psicología Conductual.*
DIV12APA	http://lists.apa.org	Lista de la División de Psicología Clínica de la American Psychological Association (APA).
PSYCHTEACHER	http://list.Kennesaw.edu/archives/psychteacher.html	Vinculada a la Society for the Teaching of Psychology, se discuten cuestiones relativas a la enseñanza de la psicología.
NACBT-DISCUSSIONS	http://www.nacbt.org/CBT-discussions/sf2K_v34_06	Centrada en el debate acerca de las técnicas cognitivas.

En algunas listas existe un «moderador», cuya función es filtrar los mensajes recibidos, actuando como supervisor de la lista, eliminando los mensajes irrelevantes y decidiendo cuáles son remitidos a los miembros. Aunque este tipo de supervisión puede incrementar la calidad de la lista, lo cierto es que la mayor parte de ellas son del tipo «no moderadas», de forma que todos los mensajes recibidos son distribuidos de forma automática a los miembros.

Cómo subscribirse y utilizar cualquier lista de distribución es una cuestión que depende de la forma en que esté administrada dicha lista; en otras palabras, del sistema de software utilizado para su gestión automática. En este sentido, es de destacar que existen varios gestores comunes de listas, siendo los mayores y más extendidos el denominado *LISTSERV* (surgido en la comunidad académica de la red *Bitnet*) y *Majordomo.*

En la tabla 34.2 se detallan algunas listas de distribución que pueden resultar útiles para el trabajo en modificación de conducta. En el domicilio se ha optado por especificar la dirección web en la que el lector interesado puede solicitar directamente la subscripción a la lista.

4.5. Grupos de noticias

Como acabamos de comentar en el apartado precedente, a través de Internet se puede participar en la discusión, debate e intercambio de información sobre temas concretos de interés. En este sentido, para el manejo de las listas de distribución ya especificamos la necesidad de que el usuario se subscriba a la lista, tanto para poder enviar sus mensajes como para recibir la información que se genera desde el propio grupo. Los grupos de noticias *(newsgroups),* por el contrario, son foros de discusión en los que, en general, no es preciso suscribirse para leer o enviar mensajes. La información no es remitida directamente al buzón de correo electrónico de los usuarios, sino que para poder leer y/o enviar los mensajes es necesario conectarse previamente a un ordenador remoto, el cual nos permitirá realizar estas tareas.

En definitiva, dentro de la denominada *Network News* se organizan conversaciones o diálogos bajo un conjunto de amplios apartados que son conocidos como «grupos de noticias», «grupos de interés» o «grupos de discusión», los cuales se mantienen organizados y separados del correo electrónico del usuario. Un «programa despachador» de artículos se encarga de presentar tales diálogos de manera ordenada, organizados por temas específicos.

Los grupos de noticias están organizados jerárquicamente, con la agrupación más amplia como nomenclatura inicial, seguida de una cantidad arbitraria de subgrupos. El nombre de cada grupo está separado de su *padre,* y sus *subgrupos,* por medio de un punto. De esta forma, y como ejemplo, *sci. psychology.misc* representa el grupo de discusión científica *(sci)* referido a una parcela del conocimiento, en este caso la propia psicología *(psychology),* y, dentro de ella, agrupa a la totalidad de disciplinas o áreas de interés específico *(misc).*

Para tener entrada en estos grupos es necesario solicitarlo a nuestro proveedor de acceso a Internet, de manera que éste nos proporcione la posibilidad de conexión con la máquina remota. En este sentido, es de destacar que la mayor parte de las universidades de nuestro país disponen de esta posibilidad (en cualquier caso, si el usuario tiene dificultades, puede conectarse mediante «telnet» a «bbs.oit.unc.edu» o «152.2.22.80», utilizando como *login* «launch» o «bbs»).

Algunos grupos que pueden resultar de interés en nuestro ámbito son los siguientes:

— *alt.med.behavioral.*
— *sci.psychology.psychotherapy.*
— *sci.psychology.research.*

Para terminar, merecen especial mención los grupos catalogados como *alt.support* (véase Simón, 1997), los cuales pueden resultar de gran utilidad en el ámbito de la práctica clínica, especialmente cuando se desea proveer a los pacientes de recursos de información y apoyo que puedan contribuir a su tratamiento. No obstante, resulta de suma importancia proceder a su selección de forma cuidadosa.

Bibliografía

Abramowitz, I. A. y Coursey, R. D. (1989). «Impact of and educational support group on family participants who take care of their care of their schizophrenic relatives». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 232-236.

Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2003). «A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance». *Clinical Psychology Review, 23,* 1-33.

Agras, S. (1989). *Pánico: cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad.* Barcelona: Labor (original, 1985).

Alarcón, A. y Capafons, A. (2006). «El modelo de Valencia de hipnosis despierta: ¿técnicas nuevas o técnicas innovadoras?». *Papeles del Psicólogo, 27,* 70-78.

Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (1978). *Your perfect right,* 3.ª ed. San Luis Obispo, CA: Impact.

Alladin, A. y Alibhai, A. (2007). «Cognitive hypnotherapy for depression». *International Journal of Clinical and Experimental Therapy, 55,* 147-166.

American College of Sports Medicine (2005). *SCSM's guidelines for exercise testing and prescription,* 6.ª ed. Filadelfia: Williams & Wilkins.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV.* Washington, DC: American Psychiatric Association. Versión española, Masson, 1995.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR.* Washington, DC: American Psychiatric Association. Versión española, Masson, 2001.

American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). «Division 30' new definition of hypnosis». *Psychological Hypnosis, 13,* 13.

American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorders.* Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association.* Washington, DC: Amercian Psychological Association.

Amutio, A (1999). *Teoría y práctica de la relajación.* Barcelona: Martínez Roca.

Andreassi, J. L. (2006). *Psychophysiology: Human behavior and physiological response,* 40.ª ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Anguera, M. T. (1981). «La observación (I), Problemas metodológicos, y La observación (II), Situaciones naturales y de laboratorio». En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (eds.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones.* Madrid: Pirámide.

Anguera, M. T. (2003a). «La observación». En C. Moreno Rosset (dir.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas de desarrollo e inteligencia.* Madrid: Sanz y Torres.

Anguera, M. T. (2003b). «Observational methods». En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment,* vol. 2. Londres: Sage Pub.

Anguera, M.ª T. (1990). «Metodología observacional». En J. Arnau, M.ª T. Anguera y B. Gómez, *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento,* pp. 161-170. Murcia: Universidad de Murcia.

Anguera, M.ª T. (1991). *Metodología observacional en la investigación psicológica,* vol. 1. Barcelona: PPU.

Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treat-*

ment. Washington, DC: American Psychological Association.

Antony, M. M., Ledley, D. R. y Heimberg, R. G. (eds.) (2005). *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*. Nueva York, NY: Guilford Press.

Antony, M. M. y Barloy, D. (eds.) (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. Nueva York: Guilford Press.

Arean, P. A. (2000). «Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones». *Psicología Conductual, 8*, 547-559.

Arnow, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S. y Telch, M. J. (1985). «Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns». *Behavior Therapy, 16,* 452-467.

Ascher, L. M. y Schotte, D. E. (1999). «Paradoxical intention and recursive anxiety». *Journal of Behavior Therapy, 30,* 71-79.

Avia, M. D. (1984). «Técnicas cognitivas y de autocontrol». En J. Mayor y F. J. Labrador (eds.), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.

Avia, M. D. (1986). «La autoobservación». En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (eds.), *Evaluación conductual.* Madrid: Pirámide.

Ayllon, T. (1963). «Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement». *Behavior Research and Therapy, 1,* 53-62.

Ayllon, T. (1999). *How to use token economy and point system.* Austin, TX: Pro-Ed.

Ayllon, T. y Azrin, N. (1974). *Economía de fichas.* México: Trillas (original, 1968).

Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1977). *Habit control in a day*. Nueva York: Simon & Schuster (trad. cast., Martínez Roca, 1987).

Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1987). *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona: Martínez Roca (original, 1977).

Azrin, N. H., Sneed, T. J. y Foxx, R. M. (1974). «Dry bed training: rapad elimination of childhood enuresis». *Behaviour Research and Therapy, 12,* 147-156.

Azrin, N. H., Snedd, T. J. y Foxx, R. M. (1973). «Dry bed: a rapid method of eliminanting bedwetting (enuresis) of the retarded». *Behaviour Research and Therapy, 11,* 427-434.

Bádenas de la Peña, P. y López Facal, J. (trad.) (1985). *Fábulas de Esopo. Vida de Esopo. Fábulas de Barrio.* Madrid: Gredos.

Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico.* Madrid: Pirámide.

Bados, A. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia.* Madrid: Pirámide.

Baer, D. M. (1979). «Efecto de la retirada del reforzamiento positivo sobre una respuesta en extinción en niños». En H. J. Eysenck (ed.), *Experimentos en terapia de conducta.* Madrid: Fundamentos (original, 1964).

Baer, D. M. y Deguchi, H. (1985). «Generalized imitation from a radical-behavioral viewpoint». En S. Reiis y R. R. Bootzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy.* Orlando: Academic Press.

Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and applications.* Ámsterdam: Academic Press.

Balaguer, I. y Castillo, I. (1994). «Entrenamiento psicológico en el deporte». En I. Balaguer (dir.), *Entrenamiento psicológico en el deporte. Principios y aplicaciones,* pp. 307-347. Valencia: Albatros Educación.

Baltes, M. M. (1988). «The aetiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research». *Behavior Therapy, 19,* 301-319.

Baltes, M. M. y Lindenberger, U. (1988). «On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research». *Behavior Therapy, 19,* 283-300.

Bámbara, L. y Gómez, O. (2001). «Using a self-instructional training package to teach complex problem-solving skills to adults with moderate and severe disabilities». *Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities, 36,* 386-400.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice Hall (trad. cast., Martínez Roca).

Bandura, A. (1981). «Cómo efectuar el cambio a través del modelado participante». En J. D. Krumboltz y C. E. Thoresen (eds.), *Métodos de consejo psicológico.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social.* Madrid: Espasa-Calpe.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior Modification.* Nueva York: Holt Rinehart & Winston (*Principios de modificación de conducta.* Salamanca: Sígueme, 1983).

Bandura, A. (1977). «Self-efficacy: towards a unifying theory of behavior change». *Psychological Review, 84,* 191-215.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1983). *Principios de modificación de conducta*. Salamanca: Sígueme.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Nueva Jersey: Prentice-Hall (trad. cast., Martínez Roca, 1987).

Bandura, A. (1988). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.

Bandura, A. y Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.

Barber, T. X. (1999). «A comprenhesive three dimensional theory of hypnosis». En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña y S. Amigó (eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives*, pp. 21-48. Washington, DC: American Psychological Association.

Barbour, K. A. y Davison, G. D. (2004). «Clinical Interviewing». En: M. Hersen (ed.), *Comprehensive handbook of psychological asessment. Vol. 3, Behavioral assesment*. Hoboken, NJ: Wiley.

Barlow, D. H., Levitt, J. T. y Bufka, L. F. (1999). «The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future». *Behaviour Research and Therapy, 37*, S147-S162.

Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). «Toward a unified treatment for emotional disorders». *Behavior Therapy, 35*, 205-230.

Barlow, D. H., Leitemberg, H. y Agras (1969). «The experimental control of sexual deviation trough manipulation of noxius scene in covert sensitization». *Journal of abnormal Psychology, 74*, 596-601.

Barmann, B. C. y Vitali, D. L. (1982). «Facial screening to eliminate trichotillomania in developmentally disabled persons». *Behavior Therapy, 13* (5), 735-742.

Barraca, J. (2005). *La mente o la vida. Una aproximación a la terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.

Beck, A. T. (1987). «Cognitive models of depression». *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.

Beck, A. T. (1990). *Con el amor no basta*. Barcelona: Paidós (original, 1988).

Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del odio*. Barcelona: Paidós (original, 1999).

Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.

Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York, NY: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A. et al. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders*, 2.ª ed. Nueva York: Guilford (existe traducción en Paidós de la 1.ª ed.).

Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*, 2.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer (original, 1979).

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Bilbao: Desclée de Brouwer (original, 1993).

Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa (original, 1995).

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid: Gedisa (original, 2005).

Becker, C. B., Zayfert, C. y Anderson, E. (2004). «A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD». *Behaviour Research and Therapy, 42*, 277-292.

Becker, R. E., Heimberg, R. G. y Bellack, A. S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. Nueva York: Pergamon Press.

Becoña, E. (1993). «Técnicas de solución de problemas». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, pp. 710-743. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.

Bedell, J. R. y Lennox, S. S. (1997). *Handbook for communication and problem-solving skills training. A cognitive-behavioral approach*. Nueva York: Wiley.

Bellack, A. S. y Morrison, R. L. (1982). «Interpersonal dysfunction». En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum.

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. y Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia*. Nueva York: Guilford.

Bellini, S. y Akullian, J. (2007). «A meta-analysis of video modeling and video self-modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders». *Exceptional Children, 73* (3), 264-287.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A. y Mueller, M. (eds.) (2004). *Oxford guide to behaviou-*

ral experiments in cognitive therapy. Oxford: Oxford University Press.

Benson, H. (1975). *The relaxation response.* Londres: W. Collins and Sons.

Benson, H. (1975). *The relaxation response.* Nueva York: Morrow.

Bergin, A. E. y Lambert, M. J. (1978). «The evaluation of therapeutic outcomes». En S. L. Garfiels y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change.* Nueva York: Wiley.

Bernstein, D. A., Borkoveck, T. D. y Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals.* Westport, CT: Praeger.

Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions.* Champaign: Research Press (trad. cast., Desclée de Brouwer, 1983).

Blackburn, I. M. (1998). «Cognitive therapy». En P. Salkovskis (ed.), *Comprehensive clinical psychology. Vol. 6. Adults: Clinical formulation and treatment.* Ámsterdam: Elsevier.

Blount, R. L., Dahlquist, L. M., Baer, R. A. y Wuori, D. (1984). *A brief, effective method for teaching children to swallow pills Behavior Therapy, 15,* 381-387.

Booter, O. L., Beukes, R. B., Grobler, J. J. y Schoeman, C. D. (1985). «The development and application of a mass reduction programme based on behaviour modification». *South African Journal of Psychology, 15,* 42-45.

Borda, M. y Echeburúa, E. (1991). «La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia». *Análisis y Modificación de Conducta, 17,* 993-1012.

Bordin, E. (1977). «The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance». *Psychotherapy, 16,* 252-260.

Botella, C. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico». En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: adultos,* pp. 287-310. Madrid: Pirámide.

Botella, C., Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2004). «Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple». *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11.*

Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico. Evaluación y tratamiento.* Barcelona: Martínez Roca.

Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (2000). «Realidad virtual: nuevas tecnologías aplicadas al campo de la psicología clínica y de la salud». En M. Lameiras y J. M. Faílde (eds.), *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos,* pp. 407-420. Madrid: Dykinson.

Botella, C., Baños, R. M. y Perpiñá, C. (eds.) (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social.* Barcelona: Paidós.

Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998). «Realidad virtual y tratamientos psicológicos». *Análisis y Modificación de Conducta, 24,* 5-26.

Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H. y García-Palacios, A. (2000). «Virtual reality in the treatment of claustrophic fear: A controlled multiple baseline design». *Behavior Therapy, 31,* 583-595.

Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, B. (1998). «Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report». *Behaviour Research and Therapy, 36,* 239-246.

Botella, C., Guillén, V., Baños, R., García-Palacios, A., Gallego, M. J. y Alcañiz, M. (2007). «Telepsychology and self-help: the treatment of fear of public speaking». *Cognitive and Behavioral Practice, 1* (14), 46-57.

Botella, C., Juan, M. C., Baños, R., Alcañiz, A., Guillén, V. y Rey, B. (2005). «Mixing realities? An application of augmented reality for the treatment of cockroach phobia». *Cyberpsychology & Behavior, 8* (2), 162-171.

Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A. y Riva, G. (2004). «Virtual reality and psychotherapy». En G. Riva, C. Botella, P. Legeron y G. Optale (eds.), *Cybertherapy, Internet and virtual reality as assessment and rehabilitation tools for clinical psychology and neuroscience.* Ámsterdam: IOSS Press.

Botella, C., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Baños, R. M., Guillén, V., García-Palacios, A. y Castilla, D. (2006). «Clinical issues in the application of virtual reality to the treatment of PTSD». En M. Roy (ed.), *Novel approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. NATO Security Through Science Series,* vol. 6. Ámsterdam: IOS Press.

Bradley, M. M. y Lang, P. J. (1999a). *International affective digitized sounds (IADS). Stimuli, instruction manual and affective ratings. Technical report B-2.* Gainesville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.

Bradley, M. M. y Lang, P. J. (1999b). *Affective norms for English words (ANEW). Stimuli, instruction manual and affective ratings. Technical report C-1.* Gainesville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.

Bragado, C. (1999). *Enuresis infantil. Un problema con solución.* Madrid: Pirámide.

Bragado, C. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la enuresis y encopresis». En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia,* pp. 151-181. Madrid: Pirámide.

Brewin, C. R. (1989). «Cognitive change process in psychotherapy». *Psychological Review, 96,* 379-394.

Brewin, C. R. (1996). «Theoretical foundation of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression». *Annual Review of Psychology, 47,* 33-57.

Brewin, C. R. (2001). «A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment». *Behaviour Research and Therapy, 39,* 373-393.

Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joshep, S. (1996). «A dual representation theory of posttraumatic stress disorders». *Psychological Review, 103,* 670-686.

Briesmeister, J. M. y Schaefer, C. E. (eds.) (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors,* 3.ª ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

British Psychological Society (2001). *The nature of hypnosis.* Leicester (RU): British Psychological Society (trad. cast., Valencia: Promolibro, 2002).

Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A. y Webster, M. J. (2004). «Effects of aerobic exercise on anxiety sensititivy». *Behaviour Research and Therapy, 42,* 125-136.

Brown, S. D. y Brown, L. W. (1980). «Trends in assertion training research and practice: A content analysis of the published literature». *Journal of Clinical Psychology, 36,* 265-269.

Brown, S. W. y Fenwick, P. B. (1989). «Evoked and psychogenic epileptic seizures II. Inhibition». *Acta Neurologica scandinavica, 80,* 541-547.

Bruch, M. y Bond, F. W. (1998). *Beyond diagnosis: case formulation approaches in CBT.* Nueva York: Wiley.

Bryant, M. J., Simons, A. D. y Thase, M. E. (1999). «Therapist skills and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research». *Cognitive Therapy and Research, 23,* 381-399.

Bucai, J. (2002). *Déjame que te cuente.* Barcelona: RBA Integral.

Buceta, J. M., Bueno, A. M., Ezquerro, M., Eraña, I. y Mas, B. (2001). «Intervención psicológica para la promoción del ejercicio físico». En J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (eds.), *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo,* pp. 299-350. Madrid: Dykinson.

Buela, G., Caballo, V. E., Bornas, X., Tortella, M. y Servera, M. (1993). «Pasado y presente de la psicología clínica conductual en España». *Psicología conductual, 1,* 7-34.

Buela-Casal, G. y Navarro, F. (1990). *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos.* Madrid: Siglo XXI.

Burish, T. G., Carey, M. P., Krozely, M. G. y Greco, F. A. (1987). «Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: prevention through behavioral treatment». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 42-48.

Burka, J. B. y Yuen, L. M. (2004). *Procrastination. Why you do it, what to do about it.* Nueva York: Da Capo Press.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). «The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses». *Clinical Psychology Review, 26,* 17-31.

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos,* tomo I. Madrid: Pirámide.

Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos,* tomo II. Madrid: Pirámide.

Caballo, V. E. (1991). «El entrenamiento en habilidades sociales». En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales,* 2.ª ed. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. E. (ed.) (1998). *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders.* Oxford: Elsevier.

Caballo, V. E. e Irurtia, M. J. (2004). «Treinamento em habilidades sociais». En P. Knapp (dirs.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed.

Cáceres, J. (1998). «Parafilias». En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta,* vol. 1, pp. 623-661. Madrid: Dykinson.

Cáceres, J. (1978). *Tratamiento del alcoholismo en el Hospital Ravenscraig.* No publicado.

Cáceres, J. (1979). «Modificación del comportamiento y hábito de fumar». *Revista de Psicología General y aplicada, 34,* 225-243.

Cáceres, J. (1984). «Técnicas aversivas». En J. Mayor y F. J. Labrador (eds.), *Manual de modificación de conducta.* Madrid: Alhambra Universidad.

Cáceres, J. (1988). «Exhibicionismo: estudio, evaluación y tratamiento de un caso problema». En M. A. Vallejo et al. (eds.), *Análisis de casos clínicos en modificación de conducta.* Madrid: TEA.

Cáceres, J. (1990). *Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana.* Barcelona: Martínez Roca.

Cáceres, J. (2001). *Sexualidad humana: diagnóstico psicofisiológico.* Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto.

Cáceres, J. (2001b). *Parafilias y violación.* Madrid: Síntesis.

Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G. y Berntson, G. G. (2007). «Psychophysiological science: Interdisciplinary approaches to classic questions about the mind». En J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary y G. G. Berntson (eds.), *The handbook of psychophysiology,* 3.ª ed., pp. 1-18. Cambridge: Cambridge University Press.

Cacioppo, L. T. y Tassinary, L. G. (1990). *Principles of psychophysiology.* Nueva York: Cambridge University Press.

Cadavid, P. A. y Giaimo, C. A. (1999). «Claudia Adriana. Eficacia de la técnica de modelado con vídeo preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad». *Revista de la Federación Odontológica de Colombia, 57* (196), 8-14.

Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve.* Barcelona: Paidós.

Calero, M. D., Luna, M. J., Vera-Villaroel, P. y González, M. C. (2001). *Un estudio de validez del inventario de solución de problemas sociales* (Social Problem).

Calle, R. (1997). *Antología de cuentos de la India y Tíbet.* Madrid: EDAF.

Calogero, R. M. y Pedrotty, K. N. (2004). «The practice and process of healthy exercise: An investigation of the treatment of exercise abuse in women with eating disorders». *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 12,* 273-291.

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). «Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos». *Psicothema, 13,* 95-100.

Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia.* Madrid: Planeta.

Campbell, D. T. y Fiske, D. (1959). «Convergent and discriminant validation by the multitrait – multimethod matrix». *Psychological Bulletin, 56,* 81-105.

Cannon, D. S. y Baker, T. B. (1981a). «Emetic and electric shock alcohol aversion Therapy: Asessment of Conditioning». *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 49* (1), 20-33.

Capafons, A. (1998a). «Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental». *Papeles del Psicólogo, 69,* 71-88.

Capafons, A. (1998b). «Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control». *Psicothema, 10,* 571-581.

Capafons, A. (2001). *Hipnosis.* Madrid: Síntesis.

Capafons, A. (2004). «Clinical applications of "waking" hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: From efficacy to efficiency». *Contemporary Hypnosis, 21,* 187-201.

Capafons, J. I. (2001). «Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas». *Psicothema, 13,* 447-452.

Carey, M. P., Flasher, L. V., Maisto, S. A. y Turkat, I. D. (1984). «The a priori approach to psychological assessment». *Professional Psychology, 15,* 515-527.

Carrasco, I. (1995). «Terapias racionales y de reestructuración cognitiva». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* pp. 667-709. Madrid: Pirámide.

Carrasco, M. J. (2001). *Disfunciones sexuales femeninas.* Madrid: Síntesis.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J. y Holtforth, M. G. (2006). «The working alliance: Where are we and where should we go?». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43,* 271-279.

Castro, L. y Greiff, E. A. (1998). «Formulación clínica conductual». En V. Caballo (ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos,* vol. 2. Madrid: Siglo XXI.

Cautela, J. R. (1973). «Cover processes and behavior modification». *Journal of Nervous and Mental Disease, 157,* 27-36.

Cautela, J. R. y Kearney, A. J. (1990). «Behavior analysis cognitive therapy and covert conditioning». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2,* 83-90.

Cautela, J. R. (1966). «Treatment of compulsive behavior by covert sensitization». *Psychological Reports, 16,* 33-41.

Cautela, J. R. (1967). «Covert sensitization». *Psychological Record, 20,* 459-468.

Cautela, J. R. (1967). «Covert sensitization». *Psychological Reports, 20,* 459-468.

Cautela, J. R. (1970a). «Covert reinforcement». *Behavior Therapy, 1,* 33-50.

Cautela, J. R. (1970b). «Covert negative reinforcement». *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 1,* 273-278.

Cautela, J. R. (1971a). «Covert extintion». *Behavior Therapy, 5,* 90-92.

Cautela, J. R. (1971b). «Covert modeling». *Comunicación presentada en la Fifth Annual MEETING of the Association for the advancement of Behavior Therapy.*

Cautela, J. R. (1975). *Thought stopping survey schedule.* Chesnut Hill, MA: Boston College.

Cautela, J. R. (1976). «Covert response cost». *Psychotherapy: Theory Research & Practice, 13,* 397-404.

Cautela, J. R. (1983). «The self-control triad: Description of clinical applications». *Behavior Modification, 7* (3), 299-315.

Cautela, J. R. (1985). «Self control triad». En A. S. Bellack y M. Hersen (eds.), *Dictionary of behavior therapy techniques.* NY: Pergamon Press.

Cautela, J. R. (1986). «Covert conditioning and the reduction of pain». *Behavior Modification, 10,* 205-217.

Cautela, J. R. y Kastembaum, R. A. (1967). «A reinforcement survey schedule for use in therapy training and research». *Psychological Reports, 20,* 1115-1130.

Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación.* Barcelona: Martínez Roca (edición original en inglés, 1978).

Cautela, J. R. (1966). «Covert sensitization». *Psychological Reports, 20,* 459-468.

Chambles, D. l. y Ollendick, T. H. (2001). «Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence». *Annual Review of PScyhology, 52,* 685-716.

Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). «Defining empirically supported therapies». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 3-18.

Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). «Empirically supportes psychological interventions: Controversies and evidence». *Annual Review Psychology, 52,* 685-756.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoum, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., Derubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). «Update on empirically validated therapies II». *The Clinical Psychologist.*

Chambless, D. y Gracely, E. J. (1988). «Prediction of outcome following in vivo exposure treatment of agoraphobia». En I. Hand y H. U. Wittchen (eds.), *Panic and phobias.* Nueva York: Springer.

Chandler, G. M., Burck, H. D. y Sampson, J. P. (1986). «A generic computer program for systematic desensitization: description, construction and case study». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17,* 171-175.

Chang, E. C., D'Zurilla, T. J. y Sanna, L. J. (eds.) (2004). *Social problem solving: Theory, research and training.* Washington, DC: American Psychological Association.

Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., Robbins, S. J., McLellan, A. T. y O'Brien, C. P. (1993). «Reactividad ante estímulos en la dependencia de la cocaína y de los opiáceos». En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas,* pp. 191-221. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Church, R. (1963). «The varied effects of punishment». *Psychol Review, 70,* 369-402.

Clark, D. M. y Wells, A. (1995). «A cognitive model of social phobia». En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment,* pp. 69-93. Nueva York: Guilford.

Clark, D. M. y Salkovskis, P. M. (1989). *Cognitive therapy for panic and hypochondriasis.* Oxford: Pergamon Press.

Cleary, A. (1977). *Instrumentation for psychology.* Chichester: John Wiley & Sons.

Cohen, J. (1960). «A coefficient of agreement for nominal scales». *Educational and Psychological Measurement, 20,* 37-46.

Cole, C. L., Marder, T. y McCann, L. (2000). «Self-monitoring». En E. S. Shapiro y T. R. Kratochwill (eds.), *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior,* pp. 121-149. Nueva York: Guilford Press.

Colegio Oficial de Psicólogos (1987). *Código deontológico del psicólogo.* Madrid: COP.

Coles, M. G. H., Donchin, E. y Porges, S. W. (1986). *Psychophysiology: Systems, processes and applications.* Ámsterdam: Elsevier.

Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (eds.) (2005). *Manual de terapia de conducta en la infancia.* Madrid: Dykinson.

Cone, J. D. (1979). «Confounded comparisons in triple response mode assessment research». *Behavioral Assessment, 1* (1), 85-95.

Cook III, E. W., Lang, P. J. y Hodes, R. L. (1986). «Preparedness and phobia: Effects of stimulus content on human visceral conditioning». *Journal of Abnormal Psychology, 95* (3), 195-207.

Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Costa, M. y López, M. (2008). *Educación para la salud.* Madrid: Pirámide (en prensa).

Costa, M. (1981). «Tratamiento conductual de la homosexualidad». *Revista de Psicología General y Aplicada, 35,* 287-299.

Costa, M. y López Méndez, E. (2003). *Consejo psicológico.* Madrid: Síntesis.

Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling.* Madrid: Pirámide.

Cram, J. R. (1986). *Clinical EMG: Muscle scanning and diagnostic manual for surface recordings.* Seattle: Clinical Resource y J & J.

Craun, A. M. y Deffenbacher, J. L. (1987). «The effects on information, behavioral rehearsal, and prompting on breast self-exams». *Journal of Behavioral Medicine, 10,* 351-365.

Creer, T. L. y Reynolds, R. V. C. (1990). «Asthma». En A. M. Gross y R. S. Drabman (eds.), *Handbook of Clinical Behavioral Pediatrics.* Nueva York: Plenum.

Crespo, M. y Labrador, F. L. (2003). *El estrés.* Madrid: Síntesis.

Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta: guía práctica y ejercicios.* Madrid: Dykinson.

Cretzmeyer, M., Sarrazin, M. V., Huber, D. L., Block, R. I. y Hall, J. A. (2003). «Treatment of methamphetamine abuse: research findings and clinical directions». *Journal of Substance Abuse Treatment, 24* (3), 267-277.

Cronbach, L. J., Gleser, G., Nanda, H. y Rajaratnam, N. (1972). *The dependanbility of behavioral measurements: theory of generalizability for scores and profiles.* Nueva York: Wiley.

Cruzado, J. A., Labrador, F. J. y Muñoz, M. (1993). «Desensibilización sistemática». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* pp. 396-421. Madrid: Pirámide.

Cuipjers, P., Van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). «Problem solving therapies for depression: A meta-analysis». *European Psychiatry, 22,* 9-15.

Curran, J. P. (1985). «Social skills therapy: A model and a treatment». En R. M. Turner y L. M. Ascher (dirs.), *Evaluating behavior therapy outcome.* Nueva York: Springer.

Cuthbert, B. y Lang, P. J. (1989). «Imagery, memory, and emotion: A psychophysiological analysis of clinical anxiety». En G. Turpin (ed.), *Handbook of clinical psychophysiology.* Chichester: John Wiley & Sons.

D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention.* Nueva York: Springer Publishing.

D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions.* Nueva York: Springer.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). «Problem solving and behavior modification». *Journal of Abnormal Psychology, 78,* 107-126.

D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1982). «Social problems solving in adults». En P. C. Kendall (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy.* Nueva York: Academic Press.

D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1999). *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention,* 2.ª ed. Nueva York: Springer Publishing.

D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2007). *Problem solving therapy. A positive approach to clinical intervention,* 3.ª ed. Nueva York: Springer Publishing.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. y Maydeu-Olivares, A. (2002). *Manual for the social problem solving inventory revised.* Nortyh Tonawanda, NY: Multi-Health System.

D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). «Problem solving and behavior modification». *Journal of Abnormal Psychology, 32,* 47-51.

Dalgleish, T. (2004). «Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentacional theorizing». *Psychological Bulletin, 130, 2,* 228-260.

Damasio, A. (1994). *Descartes error: emotion, reason, and the human brain.* Nueva York: Avon.

Daniel, C. J. (1990). «Covert sensitization of an incarcered heroin addict with criminal history of aggravated burgleries on chemist's shops: A case report». *Counselling Psychology Quarterly, 3,* 93-99.

Dattilio, F. M. y Freeman, A. (eds.). (2007). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention,* 3.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Davey, G. y Cullen, C. (eds.) (1988). *Human operant conditioning and behavior modification.* Chichester: Wiley.

Davidson, R. J. y Schwartz, G. E. (1976). Psychobiology of relaxation and related states. En D. Mostofsky (ed.), *Behavior modification and control of physiological activity.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Davis, A. F., Rosenthal, T. L. y Kelly, J. E. (1981). «Actual fears cues, prompt therapy, and rational enhance participant modeling with adolescent». *Behavior Therapy, 12,* 536-542.

Davis, F. D. y Mun, Y. Y. (2004). «Improving computer skill training: Behavior modeling, symbolic mental rehearsal, and the role of knowledge structures». *Journal of Applied Psychology, 89* (3), 509-523.

Davis, M., Eshelman, E. R y McKay, M. (2000). *The relaxation and the stress reduction workbook,* 5.ª ed. Oakland, CA: New Harbinger.

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona: Martínez Roca.

Davison, G. y Neale, J. M. (2001). *Abnormal psychology,* 8.ª ed. Nueva York: John Wiley and Sons.

De la Puente, M. L., Labrador, F. J. y García Vera, M. P. (1993). «La observación conductual». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Decker, P. J. y Nathan, B. R. (1985). *Behavior modeling training: principles and applications.* Nueva York: Praeger.

Deffenbacher, J. L. (1995). «La inoculación de estrés». En V. E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta,* 3.ª ed., pp. 627-654. Madrid: Siglo XXI.

Deffenbacher, J. L. (1997). «Entrenamiento en el manejo de la ansiedad». En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos,* vol. I, pp. 241-263. Madrid: Siglo XXI.

Del Barrio, V. (2008). *Soluciones especiales en el tratamiento de casos de depresión infantil.* Madrid: Pirámide.

Del Pozo, J. M., Gevirtz, R. N., Scher, B. y Guarneri, E. (2004). «Biofeedback treatment increases heart rate variability in patients with known coronary artery disease». American *Heart Journal, 147,* e11.

Dishman, R. (1986). «Mental health». En V. Seefeldt (ed.), *Mental Health,* pp. 303-341. Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.

Ditto, B., Eclache, M. y Goldman, N. (2006). «Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation». *Annals of Behavioral Medicine, 32,* 227-234.

Dobson, K. S. (ed.) (2002). *Handbook of cognitive-behavioral therapies,* 2.ª ed. Nueva York: Guilford.

Dobson, K. S. y Block, L. (1988). «Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapy». En K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies,* pp. 3-38. Londres: Hutchinson.

Domjan, M. (1999). *Principios de aprendizaje y conducta,* 4.ª ed. México: Thompson.

Dougher, M. J. (ed.) (2000). *Clinical behavior analysis.* Reno, NV: Context Press.

Dowd, E. T. y Olson, D. H. (1985). «Contingency contracting». En A. S. Bellack y M. Versen (eds.), *Dictionary of behaviour therapy techniques.* Nueva York: Pergamon Press.

Dowd, S. M., Vickers, K. S. y Krhan, D. (2005). «Exercise does improve mood in depressed patients: Physician encouragement is a strong motivation». *Current Psychiatry in Primary Care, 1,* 23-28.

Dowd, E. T. y Trutt, S. D. (1988). «Paradoxical interventions in behavior modification». En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.), *Progress in behavior modification,* vol. 23, pp. 96-127. Nueva York: Guilford Press.

Dowrick, P. W. (ed.) (1991). *Protocol guide to using video in the behavioral sciences.* Nueva York: Wiley.

Drotar, D. (2006). *Psychological interventions in childhood chronic illness.* Washington, DC: American Psychological Association.

Drucker, P. F. (1954/2006). *The Practice of management.* Nueva York: Harper & Row.

Dryden, W. y Ellis, A. (2001). «Racional emotive behavior Therapy». En K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral Therapies,* 2.ª ed. Nueva York: Springer.

Duffy, E. (1962). *Activation and behavior.* Nueva York: John Wiley & Sons.

Durst, R., Katz, G., Teitelbaum, A., Zislin, J. y Dannon, P. N. (2001). «Kleptomania: Diagnosis and treatment options». *CNS Drugs 2001, 15* (3), 185-195.

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social.* Barcelona: Martínez Roca.

Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol. Guía de intervención.* Madrid: Síntesis.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma.* Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). «Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* pp. 422-456. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). «Nuevos desarrollos en la terapia de exposición». En M. A. Vallejo (ed.), *Avances en modificación y terapia de conducta: técnicas de intervención,* pp. 139-173. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). «Trastorno de pánico: ¿terapias psicológicas, psicofármacos o tratamientos combinados?». *Análisis y Modificación de Conducta, 25,* 675-702.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2005). «Psychological treatment of slot-machine pathological gambling: New perspectives». *Journal of Gambling Studies, 21,* 21-26.

Echeburúa, E., Corral, P., García, E. y Borda, M. (1993). «Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: An exploratory study». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21,* 219-238.

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., Cenea, R. y Berasategui, T. (2006). «Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term outcome». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34,* 95-101.

Edelstein, B. A. y Yoman, J. (1991). «La entrevista conductual». En E. Caballo (ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Eells, T. (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation.* Nueva York: Guilford.

Eells, T. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation,* 2.ª ed. Nueva York: Guilford.

Egliston, K. A. y Rapee, R. M. (2007). «Inhibition of fear acquisition in toddlers following positive modelling by their mothers». *Behavior Research and Therapy, 45* (8), 1871-1882.

Eisler, R. M. (1976). «Behavioral assessment of social skills». En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Behavioral assessment: A practical handbook.* Oxford: Pergamon.

Ellgring, H. (1989). «Applications thérapeutiques des techniques de "video modelling"». *Bulletin de Psychologie», XLIII,* 539-547.

Elliot, A. J., Miltenberger, R. G., Kaster-Bundgaard, J. y Lumley, V. (1996). A national survey of assessment and therapy techniques used by behavior therapists. *Cognitive and Behavioral Practice, 3,* 107-125.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Nueva York: Lyle and Stuart (trad. cast., Desclée de Brouwer).

Ellis, A. (1982). «Racional-emotive family therapy». En A. M. Horne y M. M. Olsen (eds.), *Family counseling and therapy.* Itaca, IL: Peacok.

Ellis, A. (1983). «Failures in racional-emotive therapy». En E. Foa y P. M. Emmelkamp (eds.), *Failures in behavior therapy.* Nueva York: Wiley.

Ellis, A. (1990b). «El sentido del humor como psicoterapia». En A. Ellis y R. Grieger (eds.), *Manual de terapia racional-emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1994). «Changing rational-emotive therapy (RET) to racional emotive behavior therapy (REBT)». *The Behavior Therapist, 16* (10), 1-2.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated.* Nueva York: Birch Lane.

Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy.* Amherst, NY: Prometheus Books.

Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional-emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. y Lega, L. I. (1993). «Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general». *Psicología Conductual, 1,* 101-110.

Ellis, A. y Whiteley, J. M. (1979). *Theorethical and empirical foundations of rational-emotive therapy.* Monterey: Brooks.

Emmelkamp, P. M. G. (1975). «Effects of expectancy on systematic desensitization and flooding». *European Journal of Behavioral Analysis and Modification, 1,* 1-11.

Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obssessive-compulsive disorders.* Nueva York: Plenum Press.

Emmelkamp, P. M. G. y Walta, C. (1978). «Effects of therapy set on electrical aversion therapy and covert sensitization». *Behavior Therapy, 9* (2), 1985-1988.

Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P., Vissia, E. y Van der Helm, M. (1985). «Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions». *Behavior Research and Therapy, 23,* 365-369.

Enright, S. J. (1989). Paidophilia: A cognitive-behavioural treatment approach in a single case. *British Journal of Psychiatry, 15,* 399-401.

Erickson, M. H. y Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* Nueva York: Irvington.

Espada, J. P., Olivares, J. y Méndez, F. X. (eds.) (2005). *Terapia psicológica: casos prácticos.* Madrid: Pirámide.

Espada, J. y Méndez, F. J. (2000). «Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático por accidente de tráfico». *Análisis y Modificación de Conducta, 26, 105,* 83-103.

Everaerd, W. T., Rijken, H. M. y Emmelkamp, P. M. (1973). «Successive approximation and self-observation in the treatment of agoraphobia». *Behaviour Research and Therapy, 11,* 105-117.

Ey, S. y Hersen, M. (2004). «Pragmatic issues of assessment in clinical practice». En M. Hersen (ed.), *Psychological assessment in clinical practice.* Nueva York: Brunner-Routledge.

Eysenck, H. J. (1952). «The effects of psychotherapy: an evaluation». *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319-324.

Eysenck, H. J. (1968). «A theory of incubation of anxiety fear responses». *Behaviour Research and Therapy, 6,* 309-332.

Eysenck, H. J. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad.* Barcelona: Fontanella.

Fairburn, C. (1998). *Superación de los atracones.* Madrid: Paidós.

Farmer, R. F. y Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy. Practical guidance for putting theory in action.* Washington, DC: American Psychological Association.

Faust, J., Olson, R. y Rodríguez, H. (1991). «Same-day surgery preparation: reduction of paediatric patient arousal and distress through participant modelling». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 475-478.

Faway, F. I. (1983). «A comprenhensive psychological approach to obesity». *Psychiatric Medicine, 1,* 257-273.

Feldman, M. P. y McCulloch, M. J. (1971). *Homosexual behaviour: Therapy and assessment.* Oxford: Pergamon.

Feldman, M. P. y Macculloch, M. J. (1965). «The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality». *Behaviour Research and Therapy, 2,* 165-183.

Ferguson, K. E. (2003). «Relaxation». En W. O'Donohue, J. E. Fisher y S. C. Hayes (eds.), *Cognitive behaviour therapy.* Hoboken, NJ: John Wiley.

Fernández Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico: concepto y metodología.* Madrid: Cincel-Kapelusz.

Fernández Ballesteros, R. (1994). «El proceso en evaluación conductual». En R. Fernández Ballesteros (ed.), *Evaluación conductual hoy.* Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (2003). *Encyclopedia of Psychological Assessment.* Londres: Sage.

Fernández Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica: concepto, métodos y estudio de casos.* Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (ed.) (1996). *Evaluación conductual hoy.* Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R., De Bruyn, E. E., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C. et al. (2003b). «Guías para el proceso de evaluación (GAP). Una propuesta a discusión». *Papeles del Psicólogo, 84,* 58-70.

Fernández Ballesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Ter Laak, J., Vizcarron, C., Westhoff, K., Westmeyer, H. y Zaccagnini, J. L. (2001). «Guidelines for the Assessment process (GAP). A proposal for discussion». *European Journal of Psychological Assessment, 17,* 187-200.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002a). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas: con ejercicios para el profesor.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002b). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Cuaderno de ejercicios para el alumno.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Abascal, E. G. (2001). «Evaluación psicofisiológica en psicología clínica y de la salud». En M. A. Simón y E. Amenedo (eds.), *Manual de psicofisología clínica,* pp. 55-80. Madrid: Pirámide.

Fernández-Abascal, E. G. y Fernández, C. (2006). «Validación de una base de secuencias de películas para el desencadenamiento de emociones». En actas de la VI semana de investigación de la Facultad de Psicología. Madrid: UNED.

Fernández-Abascal, E. G., Guerra, P., Martínez, F., Domínguez, F. J., Muñoz, M. A., Egea, D. A., Martín, M. D., Mata, J. L., Rodríguez, S. y Vila, J. (2008). «El

sistema internacional de sonidos afectivos (IADS). Adaptación Española». *Psicothema, 20* (1), 104-113.

Fernández-Abascal, E. G., Vallejo, M. A., Labrador, F. J., Calvo, F., Domínguez, J. y Roa, A. (1985). «Percepción del entorno y reactividad cardiovascular». *Análisis y modificación de conducta, 12,* 81-92.

Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2002). *Juego patológico. Guía de intervención.* Madrid: Síntesis.

Fernández-Aranda, F., Turón, V. J. y Turón Gil, V. J. (2004). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia.* Barcelona: Masson.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual del juego patológico. I Ayuda para el paciente. II Guía para el terapeuta.* Madrid: Pirámide.

Ferster, C. B., Numberger, J. I. y Levitt, E. E. (1962). «The control of eating». *Journal of Mathetics, 1,* 87-109.

Ferster, C. E. (1973). «A functional analysis of depression». *American Psychologists, 28,* 857-870.

Finkel, E. J. y Campbell, W. K. (2001). «Self-control and accommodation in close relationships: An interdependence analysis». *Journal of Personality and Social Psychology, 81,* 263-277.

Fiuza, M. J. y Mayán, J. M. (2005). *¿Qué es el Parkinson? Guía de tratamiento para el lenguaje, el habla y la voz.* Madrid: Pirámide.

Flammer, E. y Bongartz, W. (2003). «On the efficacy of hypnosis. A meta-analyfic study». *Contemporary Hypnosis, 20,* 179-197.

Flory, N., Martínez-Salazar, G. M. y Lang, E. V. (2007). «Hypnosis for acute distress management during medical procedures». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55,* 303-317.

Foa, E. B. y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones.* Barcelona: Robinbook.

Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M. y Payne, L. L. (1980). «Massed versus spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia». *Behaviour Research and Therapy, 18,* 333-338.

Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático.* Barcelona: Ariel.

Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). «Emotional processing of fear: exposure to corrective information». *Psychological Bulletin, 99,* 20-35.

Forehand, R. L. y McMahon, R. J. (1981). *Helping the Noncompliant Child.* Nueva York: Guilford Press.

Foster, S. L. y Bussman, J. R. (2008). «Evidence-based approaches to social skills training with children and adolescents». En R. G. Steele, T. D. Elkin y M. C. Roberts (dirs.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: bridging science and practice.* Nueva York: Springer.

Foxx, R. M. (1978). «An overview of overcorrection». *Journal of Pediatric Psychology, 3,* 97-101.

Foxx, R. M., McMorrow, M. J., Bittle, R. G. y Bechtel, D. R. (1986). «The successful treatment of a dually diagnosed deaf man's aggression with a program that included contingent electric shock». *Behavior Therapy, 17* (2), 170-186.

Foxx, R. M., Plaska, T. y Bittle, R. (1986). «Guidelines for the use of contingent electirc shock to treat aberrant behavior». En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (1986), *Progress in Behavior Modification.* Nueva York: Academic Press.

Foxx, R. M., Martella, R. C. y Marcand-Martella, N. E. (1989). «The acquisition, maintenance, and generalization of problem-solving skills by closed head-injury adults». *Behavior Therapy, 20,* 61-76.

Fraga, Y., Méndez, C. y Peralbo, M. (1996). «Efectos del modelado sobre la conducta de fumar: el papel de las consecuencias de la conducta del modelado». *Análisis y Modificación de Conducta, 81,* 137-172.

Freeman, A. y Reinecke, M. A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida.* Bilbao: Desclée de Brouwer (original, 1993).

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. (2004). *Clinical applications of cognitive therapy,* 2.ª ed. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publications.

Freeman-Longo, R. E. y Wall, R. V. (1986). «Changing a lifetime of sexual crime». *Psychology Today, 20,* 58-64.

Fremont, J. y Craighead, L. W. (1987). «Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods». *Cognitive Therapy Research, 11,* 241-251.

Frothwith, R. A. y Foreyt, J. P. (1978). «Aversive conditioning treatment of overweight». *Behavior Therapy, 9* (5), 861-872.

Galassi, M. D. y Galassi, J. P. (1977). *Assert yourself! How to be your own person.* Nueva York: Human Sciences Press.

Galassi, M. D. y Galassi, J. P. (1978). «Assertion: A critical review». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 15,* 16-29.

Garcés, J. (1999a). *Informe final del Programa Europeo sobre Prevención y tratamiento de la adicción al consumo.* Disponible en http// www.psicosociales.com/ Informe3.doc.

Garcés, J. (1999b). *Manual de información y autoayuda: La adicción al consumo*. Disponible en http// www. psicosociales.com/manual.htm.

García, J. y Koelling, R. A. (1966). «Relation of cue to consequence in avoidance learning». *Psychosom. Sci., 4,* 123-124.

García, J., Kimeldorf, D. J. y Koelling, R. A. (1955). «Conditioned aversion to saccharin resulting from exposure to gamma radiation». *Science, 122,* 157-158.

García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H. y Fabregat, S. (2007). «Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias». *Cyberpsychology & Behavior, 10,* 722-724.

García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness. T. A. III y Botella, C. (2002). «Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study». *Behaviour Research and Therapy, 40,* 983-993.

Garrido Gutiérrez, I. (1983). «¿Fracaso o éxito de las técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad?». *Revista de Psicología General y Aplicada, 30,* 123-130.

Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos.* Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual.* Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2001). *Deje atrás sus obsesiones.* Málaga: Aljibe.

Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual,* 4.ª ed. Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2005). «Habilidades del terapeuta». En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Terapia psicológica. Casos prácticos,* pp. 23-46. Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (coor.) (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Gelfand, D. M. y Hartman, D. P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil.* Madrid: Pirámide (original, 1984).

Gena, A., Couloura, S. y Kymissis, E. (2005). «Modifying the affective behavior of preschoolers with autism using in-vivo or video modeling and reinforcement contingencies». *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35* (5), 545-556.

Germer, C. K. (2005). «Midnfulness. What is it? What does it matter?». En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy,* pp. 3-27. Nueva York: Guilford Press.

Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy.* Nueva York: Guilford Press.

Ghezzi, P. M., Ginger, R. W., Tarbox, R. S. F. y Macaleese, K. R. (2003). «Token economy». En W. O'Donohue, J. E. Fisher y S. C. Hayes (eds.), *Cognitive behaviour therapy.* Hoboken, NJ: John Wiley.

Gibbs, R.W. (2007). «Why irony sometimes comes to mind». *Pragmatics and Cognition, 15,* 229-251.

Gil Roales-Nieto, J. (1998). «Tabaquismo». En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta,* vol. 2, pp. 3-73. Madrid: Dykinson.

Gil Roales-Nieto, J. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo». En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: psicología de la salud,* pp. 287-353. Madrid: Pirámide.

Gilbert, P. y Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies.* Nueva York, NY: Routledge.

Gimeno, F. y Ezquerro, M. (2006). «Intervención psicológica en un caso de evitación interoceptiva en el deporte: un estudio de caso». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11* (2), 99-106.

Gisbert, J. (2000). *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar.* Barcelona: Aula Médica.

Glynn, S. (1990). «Token economy approaches for Psychiatric patients: Progress and pitfalls over 25 years». *Behavior Modification, 14,* 383-407.

Godemann, F. M. D., Ahrens, B. M. D., Behrens, S. M. D., Berthold, R., Gandor, C. M. D., Lampe, F. M. D. A. y Linden, M. M. D. (2001). «Classic conditioning and dysfunctional cognitions in patients with panic disorder and agoraphobia treated with an implantable cardioverter/defibrillator». *Psychosomatic Medicine, 63* (2), 231-238.

Goldfried, M. R. (1988). «Application of racional restructuring to anxiety disorders». *The Conseling Psychologist, 16,* 50-68.

Goldfried, M. R. y Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy.* Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1975). «Importance of hierarchy content in the self-control of anxiety». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 124-134.

Goldfried, M. R., Decenteceo, E. T. y Weimberg, L. (1974). «Systematic rational reestructuring as a self-control technique». *Behavior Therapy, 5,* 247-254.

Goldfried, M. R. (1973). «Reduction of generalized anxiety through a variant of systematic desensitization». En M. R. Goldfried y M. Merbaum (eds.), *Behavior change through self-control.* Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Goldfried, M. R. (1979). «Anxiety reduction throught cognitive-behavioral intervention». En P. C. Foa y S. D. Hollon (eds.), *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures.* Nueva York: Academic Press.

Goldiamond, I. (1965). «Self-control procedures in personal behavior problems». *Psychological Reports, 17,* 851-868.

Goldsmith, J. B. y McFall, R. M. (1975). «Development and evaluation of an interpersonal skills training program for psychiatric patients». *Journal of Abnormal Psychology, 84,* 51-58.

Goldstein, A. P. y Keller, H. R. (1991). *El comportamiento agresivo.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Golldberg, J., Zwibel, A., Safir, M. y Marbaum, M. (1983). «Mediating factors in the modification of smoking behavior». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14,* 320-330.

Gómez-Peña, M., Sans, B., Álvarez-Moya, E., Aymamí, M. y Jiménez Murcia, S. (2005). «Tratamiento cognitivo-conductual de la compra compulsiva. Un caso clínico». *Análisis y Modificación de Conducta, 31,* 25-55.

Gonzalez, H. y Pérez, M. (2007). *La «invención» de trastornos mentales.* Madrid: Alianza Editorial.

Goodwin, S. E. y Mahoney, M. J. (1975). «Modification of aggression through modeling: an experimental probe». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6,* 200-202.

Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. y Jacobson, N. S. (1998). «Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 377-384.

Graber, G. y Graber, B. (1975). *Women orgasm.* Nueva York: Books Merril.

Graña, J. L. (2005). «Formulación de casos en Psicología Clínica». En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos,* tomo I. Madrid: Pirámide.

Greenberg, L. S. y Goldman, R. (2007). «Case formulation in emotion-focused therapy». En T. Eells (ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation,* 2.ª ed. Nueva York: Guilford.

Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliot, R. K. (1993). *Facilitanting emotional change: the moment-by-moment process.* Nueva York: Guilford Press (trad. cast., 1996).

Greenberg, R. P., Constantino, M. J. y Bruce, N. (2006). «Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome?». *Clinical Psychology Review, 26,* 657-678.

Greenfield, N. S. y Sternbach, R. A. (1972). *Handbook of psychophysiology.* Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Grieger, R. (1990). «El proceso de la terapia racional-emotiva». En Ellis y R. Grieger (eds.), *Manual de terapia racional-emotiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Groden, J. y Cautela, J. (1987). «Use of imagery procedures with students labeled "traniable retarded"». *Psychological Reports, 51,* 595-805.

Gross, A. M. (1984). «Behavioral interviewing». En T. H. Ollendrick y M. Hersen (eds.), *Child behavioral assessment: Principles and procedures.* Nueva York: Pergamon Press.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). «Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis». *Journal of Psychosomatic Research, 57,* 35-43.

Gruzelier, J. H. (2006). «Frontal functions, connectivity and neural efficiency underpinning hypnosis and hypnotic susceptibility». *Contemporary Hypnosis, 23,* 15-32.

Guerrero, M. J. y Blanco, L. (2007). «Diseño de un programa psicopedagógico para la intervención en los trastornos emocionales en la enseñanza y aprendizaje de las matemáticas». *Revista Iberoamericana de Educación, 43,* 1-15.

Guthrie, E. R. (1935). *The psychology of human learning.* NY: Harper.

Gutiérrez, J. (2002). «Aplicaciones de la realidad virtual en psicología clínica». *Aula Médica Psiquiatría, 4,* 92-126.

Gutiérrez, T., Raich, R. M., Sánchez, D. y Deus, J. (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud.* Madrid: Alianza Editorial.

Haaga, D. A. F. y Davison, G. C. (1989). «Show progress in racional-emotive therapy outcome research. Etiology and treatment». *Cognitive Therapy and Research, 13,* 493-508.

Hajek, P. y Stead, L. F. (2000). «Aversive smoking for smoking cessation». *Cochrane Database of Systematic Reviews (2).* CD000546.

Hajek, P. y Stead, L. F. (2004). «Aversive smoking for smoking cessation». *Cochrane Database of Systematic Reviews (3).* CD000546.

Haldford, W. K. (2001). *Brief Therapy for couples. Helping partners help themselves.* Nueva York: Guilford Press.

Hales, R. E. y Yudofsky, S. C. (2005). *Tratado de Psiquiatría Clínica,* 4.ª ed. Barcelona: Masson.

Hall, R. V. y Hall, M. L. (1998). *How to negotiate a behavioural contract,* 2.ª ed. Austin, TX: Pro-Ed.

Hallam, R. y Rachman, S. (1972). «Theoretical problems of aversion therapy». *Behav. Res & Therapy, 10,* 341-353.

Hallam, R., Rachman, S. y Falkowski, W. (1972). «Subjective, attitudinal and physiological effects of electrical aversion therapy». *Behaviour Research & Therapy, 10* (1), 1-13.

Hansen, N. B., Lambert, M. J. y Forman, E. V. (2002). «The psychotherapy dose-response effect and its implication for treatment delivery services». *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 329-343.

Hargreaves, W., Shumway, M., Hu, T. y Cuffel, B. (1998). *Cost-outcome methods for mental health.* Nueva York: Academic Press.

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment.* Oxford: Oxford University Press.

Haskell, W. L., Lee, I., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., Macera, C. A., Heath, G. W. y Thompson, P. D. (2007). «Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sport Medicine and the American Heart Association». *Medicine & Sciencie Sports & Exercise,* 1423-1434 (http://www.acsm-msse.org).

Hassett, A. L., Radvanski, D. C., Vaschillo, E. G., Vaschillo, B., Sigal, L. H., Karavidas, M. K., Buyske, S. y Lehrer, P. M. (2007). «A pilot study of the efficacy of heart rate variability (HRV) biofeedback in patients with fibromyalgia». *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 32,* 1-10.

Hatch, J. P., Prihoda, T. J. y Moore, P. J. (1992). «The application of generalizability theory to surface electromyographic measurements during psychophysiological stress testing: How many measurements are needed?». *Biofeedback and Self-Regulation, 17* (1), 17-39.

Hawkins, R. P. y Dotson, V. A. (1975). «Reliability scores that delude: An Alice in Wonderland trip through the misleading characteristics of inter-observers agreement scores in interval recording». En E. Ramp y G. Semp (eds.), *Behavior analysis: Areas of research and application.* Nueva Jersey: Prentice Hall.

Hawton, K. (1985). *Sex Therapy.* Nueva York: Oxford University Press (trad. cast., 1988).

Hayes, Brownel y Barlow (1978). «The use of self-adimi-nistered covert sensitization in the treatment of exhibitioning and sadism». *Behavior Therapy, 9,* 283-289.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). «Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes». *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy.* Nueva York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (1989). *Rule-governed behavior: cognition contingencies and instructional control.* Nueva York: Plenum.

Haynes, N. S. y O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment.* Nueva York: Kluwer.

Haynes, S. N. y Horn, W. F. (1982). «Reactivity in behavioural observation: A review». *Behavioral Assessment, 4,* 369-387.

Haynes, S. N. y O'Brien, W. H. (1990). «The functional análisis in behavior therapy». *Clinical Psychology Review, 10,* 649-668.

Hazlett-Stevens, H. y Craske, M. G. (2003). «Breathing retraining and diaphragmatic breathing techniques». En W. O'Donohue, J. E. Fisher y S. C. Hayes (eds.), *Cognitive behaviour therapy.* Hoboken, NJ: John Wiley.

Heiby, E. M. y Haynes, S. N. (2004). «Introduction to behavioral assessment». En M. Hersen (ed.), *Comprehensive handbook of psychological asessment. Vol. 3, Behavioral assesment.* Hoboken, NJ: Wiley.

Heil, J. (1993). «Conducting assement and intervention». En J. Heil (ed.), *Psychology of sport injury.* Champaign, Ill: Humam Kinetics.

Heimberg, R. G., Montgomery, D., Madsen, C. H. Jr. y Heimberg, J. S. (1977). «Assertion training: A review of the literature». *Behavior Therapy, 8,* 953-971.

eimberg, R., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento.* Barcelona: Martínez Roca.

erink, R. (ed.) (1980). *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies use today.* Nueva York: New American Library.

errera, G. y Chahín, I. (2007). *La fiesta de la conversación. Un ambiente y una metodología para la comunicación educativa.* Bilbao: EDEX.

ersen, M. (1982). «Single-case experimental designs». En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (eds.), *International handbook of behavior modification and therapy.* Nueva York: Plenum Press.

ersen, M. (ed.) (2004). *Comprehensive handbook of psychological assessment.* Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

ersen, M. y Bellack, A. S. (2002). *Dictionary of behavioral assessment techniques.* Nueva York: EWP.

ersen, M., Kazdin, A. E., Bellack, A. S. y Turner, S. M. «Effects of live modeling, over modeling and rehearsall on assertiveness in psychiatric patients». *Behavioral Research and Therapy, 17,* 369-377.

odgson, R. J. (1993). «Exposición a estímulos y prevención de recaídas». En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas,* pp. 161-189. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

offman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K. y Kerns, R. D. (2007). «Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain». *Health Psychology, 26,* 1-9.

ollon, S. D. y Beck, A. T. (2003). «Cognitive and cognitive-behavioral therapies». En M. J. Lambert (ed.), *Garfield and Bergin's handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis,* 5.ª ed., pp. 447-492. Nueva York: Wiley.

ollon, S. D. y Beck, A. T. (1979). «Cognitive therapy of depression». En P. C. Kendall y S. D. Hollon (eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures,* pp. 153-203. Londres: Academic Press.

olroyd, K. A. (2002). «Assessment and psychological management of recurrent headache disorders». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 656-677.

ölzl, R. y Whitehead, W. E. (1983). *Psychophysiology of the gastrointestinal tract: Experimental and clinical applications.* Nueva York: Plemun Press.

omme, L. (1971). *How to use contingency contracting in the classroom.* Champaing, Ill: Research Press.

Hommer, L. E. (1965). «Perspectives in psychology: XXIV Control of Coverants, The operants of the mind». *Psychological Record, 15,* 501-511.

Honning, W. K. (ed.) (1976). *Conducta operante.* México: Trillas (original, 1966).

Honning, W. K. y Staddon, J. E. R. (eds.) (1980). *Manual de condicionamiento operante.* México: Trillas (original, 1976).

Horowitz, M. J. y Eells, T. D. (1997). «Configurational analysis: States of mind, persons schemas and the control of ideas and affect». En T. Eells (ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation.* Nueva York: Guilford.

Horvarth, A. O. (2000). «The therapeutic relationship: From transference to alliance». *Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice, 56* (2), 163-173.

Houmanfar, R., Maglieri, K. A. y Roman, H. R. (2003). «Behavioral contracting». En W. O'Donohue, J. E. Fisher y S. C. Hayes (eds.), *Cognitive behaviour therapy.* Hoboken, NJ: John Wiley.

Howard, M. O. (2001). «Pharmacological aversion treatment of alcohol dependence. I. Production and prediction of conditioned alcohol aversion». *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 27* (3), 561-85.

Howard, M. O. y Jenson, J. M. (1990). «Chemical aversion treatment of alcohol dependence. Validity of current criticisms». *The International J. of Addictions, 25* (10), 1227-1262.

Hull, C. I. (1943). *Principles of behavior.* Nueva York: Appleton-Century Crofts.

Imgran, B. L. (2006). *Clinical case formulations: matching integrative treatment plan to the client.* Nueva York: Wiley & Sons.

Ingersoll, B. y Schreibman, L. (2006). «Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: Effects on language, pretend play, and joint attention». *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36* (4), 487-505.

Iriarte, T. (1979). *Fábulas literarias.* Madrid: Espasa-Calpe.

Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago Press.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation,* 2.ª ed. Chicago: University of Chicago Press.

Jakubowski, P. A. (1977). Assertive behavior and clinical problems of women. En R. E. Alberti (dir.), *Assertiveness: innovations, applications, issues.* San Luis Obispo, CA: Impact.

Janis, I. L. (1951). *Air war and emotional stress.* Nueva York: McGraw-Hill.

Janis, I. L. (1958). *Psychological stress.* Nueva York: Wiley.

Janis, I. L. (1983). «Stress inoculation in health care: Theory and research». En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention,* pp. 67-99. Nueva York: Plenum Press.

Jaremko, M. E. (1983). «Stress inoculatin training for social anxiety». En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention,* pp. 419-450. Nueva York: Plenum Press.

Jarremalm, A., Jansson, L. y Öst, L. G. (1986). «Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia». *Behavior Research and Therapy, 24,* 171-180.

Jay, S. M., Elliot, C. H., Ozolins, M., Olson, R. A. y Pruitt, S. D. (1985). «Behavioral management of children's distress during painful procedures». *Behavior Research and Therapy, 23,* 513-520.

Jeffrey, R. W. (1981). «Cómo reducir los miedos a través del modelado participante y de la práctica autodirigida». En J. D. Krumboltz y C. E. Thoresen (eds.), *Métodos de consejo psicológico.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Jenike, M. A., Baer, L. y Minichiello, W. E. (2005). *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico,* 3.ª ed. Madrid: Elsevier.

Jones, H. G. (1956). «The application of conditioning and learning techniques to the treatment of a psychiatric patient». *Journal of Abnormal and Social Psychology, 52,* 414-419.

Jones, H. G. (1959). «The behavioural treatment of nocturnal enuresis». En H. J. Eysenck (ed.), *Behaviour therapy and the neuroses: readings in modern methods of treatment derived from the learning theory.* Oxford: Pergamon Press.

Jones, M. C. (1924). «The elimination of children's fear». *Journal of Experimental Psychology, 7,* 382-390.

Jones, M. C. (1924b). «A laboratory study of fear. The case of Peter». *Journal of Genetic Psychology, 31,* 38.

Jones, R. T., Ollendick, T. H., McLaughin, K. J. y Williams, C. E. (1989). «Elaborative and behavioral rehearsal in the acquisition of fire emergency skills and the reduction of fear of fire». *Behavior Therapy, 20,* 93-101.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* Nueva York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* Nueva York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2002). *Guided mindfulness meditation: Body scan meditation* (compact disc recording). Stress Reduction CDs and Tapes.

Kallman, W. M. y Feuerstein, M. J. (1987). «Psychophysiological procedures». En A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (eds.), *Handbook of behavioral assessment.* Nueva York: John Wiley & Sons.

Kanfer, F. H. y Phillips, L. (1970). *Learning foundatios of behavior therapy.* Nueva York: Wiley.

Kanfer, F. H. (1970). «Self-regulation: research, issues and speculations». En C. Neuringer y J. L. Michael (comps.), *Behavior modification in clinical psychology.* Nueva York: Appleton-Century-Crofs.

Kanfer, F. H. (1980). «Self-managements methods». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change.* Nueva York: Pergamon Press (trad. cast., Desclée de Brouwer, 1987).

Kanfer, F. H. (1971). «The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement». En A. Jacobs y L. B. Sachs (eds.), *The psychology of private events.* Nueva York: Academic Press.

Kanfer, F. H. (1978). «Las múltiples caras del autocontrol o la modificación de conducta cambia su centro de atención». *Análisis y Modificación de Conducta, 4,* 11-63.

Kanfer, F. H. (1987). «Métodos de autogestión». En F. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Como ayudar al cambio en psicoterapia,* pp. 411-476. Bilbao: DDB (orig., Pergamon Press Inc., 1986).

Kanfer, F. H. y Gaelik-Buys, L. (1991). «Self-management methods». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change. A textbook of methods.* Nueva York: Pergamon Press.

Kanfer, F. H. y Hagerman, S. M. (1985). «Behavior therapy and the information-processing paradigm». En S. Reiss y R. R. Bootzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy.* Nueva York: Guilford.

Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1969). «Behavioral diagnosis». En C. M. Franks (ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status.* Nueva York: McGraw-Hill.

Kantor, J. R. (1967). *Interbehavioral psychology Gainesville.* Ohio: The Principia Press (trad. cast., Editorial Trillas).

Karoly, P. (1995). «Self-control theory». En W. O'Sonohue y L. Krasner (eds.), *Theories of behavior therapy.* Washington: American Psychological Association.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R. y L'Abate, L. (eds.) (2005). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy.* Nueva York, NY: Routledge.

Kazdin, A. (2008). «Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care». *American Psychologist, 63,* 146-159.

Kazdin, A. E. (1973). «Covert modeling & reduction of avoidance behavior». *Journal of Abnormal Psychology, 81,* 87-95.

Kazdin, A. E. (1977). *The token economy.* Nueva York: Plenum Press.

Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification.* Baltimorre: University Park Press (trad. cast., DDB, 1983).

Kazdin, A. E. (1982). «The token economy: An evaluative review». *Journal of Applied Behavior Analysis, 14,* 431-445.

Kazdin, A. E. (1983). «Failure of persons respond to the token economy». En E. G. Foa y P. M. G. Emmelkamp (eds.), *Failures in behavior therapy.* Nueva York: Plenum Press.

Kazdin, A. E. (1985). «The token economy». En R. M. Turner y L. M. Ascher (eds.), *Evaluating behavior therapy outcome.* Nueva York: Springer.

Kazdin, A. E. (1986). «The evaluation of psychotherapy: Research design, and methodology». En S. L. Garfield y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change,* 3.ª ed. Nueva York: Plenum Press.

Kazdin, A. E. (1988). «The token economy». En G. Davey y C. Cullen (eds.), *Human operant conditioning and behavior modification.* Nueva York: Wiley.

Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for child and adolescents: Directions for research and practice.* Nueva York, NY: Oxford University Press.

Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T. y Thomas, C. (1989). «Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 522-535.

Kazdin, A. E. (1980). *Research design in clinical psychology.* Nueva York: Harper and Row.

Kazdin, A. E. (1981). «Behavioral observation». En M. Hersen y A. S. Bellack (eds.), *Behavioral Assessment,* 2.ª ed. Nueva York: Pergamon Press.

Kearney, A. J. (2006). «A primer of covert sensitization». *Cognitive and Behavioral Practice, 13* (2), 67-175.

Kegel, A. (1952). «Sexual functions of the pubococcygeus muscle». *Western Journal of Surgery, Obstretics and Gynecology, 60,* 521-524.

Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R. y Hoogduin, C. A. L. (2000). «The impact of interpersonal patient and therapist behaviour on outcome in cognitive-behavioral therapy». *Behavior Modification, 24,* 264-297.

Kelly, J. A. (1987). *Entrenamiento en habilidades sociales.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kelly, J. A. (1982). *Social skills training: A practical guide for interventions.* Nueva York: Springer.

Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of behavioral research.* Nueva York: Holtz, Rinehart & Winston.

Kihlstrom, J. F. (agosto, 2007). *What hypnosis does for experimental psychology.* Comunicación presentada en el simposio «What Hypnosis Does for Psychology», moderado por David Spiegel, en 116th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco, EE.UU.

Kimmel, H. D. y Kimmel, E. (1970). «An instrumental conditioning method for the treatment of enuresis». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1,* 121-123.

Kirsch, I., Tennen, H. et al. (1983). «The role of expectancy in fear reduction». *Behavior Therapy, 14,* 520-533.

Kirschenbaum, D. S. y Flanery, R. C. (1983). «Behavioral contracting outcomes and elements». En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.), *Progress in behavior modification.*

Koerner, K. (2007). «Case formulation in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder». En T. Eells (ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation,* 2.ª ed. Nueva York: Guilford.

Kolvi, I. (1967). «Aversive imagery. Treatment in adolescents». *Behavior Therapy, 5,* 245-249.

Kopel, S. A., Suckerman, K. R. y Baksht, A. (1979). *Smoke holding: an evaluation of physiological effects and treatment efficacy o a new nonhazardous aversive smoking procedure.* Paper presented at the 13th Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Costantini-Ferrando, M. F., Alpert, N. M. y Spiegel, D. (2000). «Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain». *American Journal of Psychiatry, 157,* 1279-1284.

Kozak, M. J. y Montgomery, G. K. (1981). «Multimodal behavioral treatment of recurrent injury-scene-elicited fainting (vasodepressor syncope)». *Behavior Psychotherapy, 9,* 316-321.

Kozloff, M. A. (1974). *Aprendizaje y conducta en la infancia.* Barcelona: Martínez Roca.

Kraft, T. y Kraft, D. (2005). «Covert sensitization revisited: Six case studies». *Contemporary Hypnosis, 22* (4), 202-209.

Kratochwill, T. R., Mott, J. E. y Dodson, C. L. (1984). «Case study and single-case research in clinical and applied psychology». En A. S. Bellack y M. Hersen (eds.), *Research methods in clinical psychology.* Nueva York: Pergamon Press.

Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Olafsson, R. P. y Biemond, R. (2004). «Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review». *Clinical Psychology Review, 24,* 259-281.

Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J. y Pilkonis, P. A. (1996). «The role of the therapeutic alliance in psicotherapy and pharmacotherapy outcome. Findings in the National Institute of Mental Health Depression Collaborative Research Program». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 532-539.

Kubany, E. S. y Sloggett, B. (1991). «Attentional factors in observational learning: Effects on acquisition of behavioral management skills». *Behavior Therapy, 22,* 435-448.

Kulkarni, B., Bentley, D. E., Elliott, R., Youell, P., Watson, A., Derbyshire, S. W. G., Frackowiak, R. S. J., Friston, K. J. y Jones, A. K. P. (2005). «Attention to pain localization and unpleasantness discriminates the functions of the medial and lateral pain systems». *European Journal of Neuroscience, 21,* 3133-3142.

Labrador, F. J. (1998). «Técnicas de control de la activación y desensibilización sistemática». En M. A. Vallejo (ed.), *Avances en modificación y terapia de conducta.* Madrid: FUE.

Labrador, F. J. y Crespo, M. (2003). «Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales». En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: adultos,* pp. 355-379. Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J. y Fernández-Abascal, E. G. (1990). «Evaluación y registros psicofisiológicos». En F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

Labrador, F. J. (1990). «Aspectos básicos de la modificación de conducta». En M. A. Vallejo, E. G. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos.* Madrid: TEA.

Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica.* Madrid: Dykinson.

Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (eds.) (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces.* Madrid: Dykinson.

Labrador, F. J., Fernández-Abascal, E. G., Vallejo, M. A. y Cruzado, J. A. (1987). «Trastornos psicofisiológicos: Patrones comportamentales básicos». En J. Santacreu (ed.), *Modificación de conducta y psicología de la salud.* Valencia: Promolibro.

Labrador, F. J., Larroy, C. y Cruzado, J. A. (1993). «Sistemas de organización de contingencias: economía de fichas y contratos conductuales». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J., Puente, M. y Crespo, M. (1993). «Técnicas de control de la activación: Relajación y respiración». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica.* Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J. y Roa, A (1998). «Disfunciones sexuales». En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta,* vol. 1. Madrid: Dykinson.

Labrador, F. J. y Roa, A. (1998). «Disfunciones sexuales». En M.A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta,* vol. 1, pp. 563-621. Madrid: Dykinson.

Lacey, J. I. (1967). «Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory». En M. H. Appley y R. Trumbull (eds.), *Psychological stress.* Nueva York: Appleton Century Crofts.

Lacey, J. I. (1976). «Somatic response pattering and stress: Some revisions of activation theory». En M. H. Appley y R. Trumbull (eds.), *Psychological stress.* Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

ıcroix, J. M. (1981). «The adquisition of autonomic control through biofeedback: the case against an afferent process and a two-process alternative». *Psychophysiology, 18,* 573-587.

ıdouceur, R., Fontaine, O. y Cotraux, J. (1994). *Terapia cognitiva y comportamental.* Barcelona: Masson.

ıkoff, G. y Johnson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana.* Madrid: Ediciones Cátedra.

ımas, J. R. y Valle-Inclán, F. (1998). «Effects of a negative visual hypnotic hallucination on ERPs and reaction times». *International Journal of Psychophysiology, 29,* 77-82.

ımontagne, Y. y Lasage, A. (1986). «Private exposure and covert sensibilization in the treatment of exhibitionism». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17,* 187-201.

ıne, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). «Levels of emocional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology». *American Journal of Psychiatry, 144,* 133-143.

ıng, P. J., Davis, M. y Öhman, A. (2002). «Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology». En L. Bäckman y C. von Hofsten (eds.), *Psychology at the turn of the millennium,* vol. 1. Hove: Taylor and Francis.

ıng, P. J. (1968). «Fear reduction and fear behavior: Problems in treating construct». En J. M. Shlien (ed.), *Research in psychotherapy,* vol. 3. Washington: APA.

ıng, P. J. (1971). «The application of psycho-physiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification». En A. E. Bergin y S. L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* Nueva York: John Wiley & Sons.

ang, P. J. (1977). «The psychophysiology of anxiety». En H. Akiskal (ed.), *Psychiatric diagnosis: Exploration of biological criteria.* Nueva York: Spectrum.

ang, P. J. (1979). «A bio-informational theory of emotional imagery». *Psychophysiology, 16* (6), 495-512.

ang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1999). *International affective picture system (IAPS). Technical manual and affective ratings.* Gainesville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.

ange, A., Rimm, D. C. y Loxley, J. (1978). «Cognitive behavioral assertion training procedures». En J. M. Whiteley y J. V. Flowers (dirs.), *Approaches to assertion training.* Monterey, CA: Brooks/Cole.

Lanycon, R. I. «Theory and treatment in child molestation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 176-182.

Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados.* Madrid: Pirámide.

Last, C. G. y Hersen, M. (1985). «Clinical practice of behaviour therapy». En M. Hersen y C. G. Last (eds.), *Behavior therapy casebook,* pp. 3-15. Nueva York: Springer.

Latimer, P. R. (1983). *Functional gatrointestinal disorders: A behavioral medicine approach.* Nueva York: Springer.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping processes.* Nueva York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca (original, Nueva York: Springer Publishing Company, 1984).

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide.* Nueva York: Guilford.

Leahy, R. L. (ed.) (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Leahy, R. L. (ed.) (2004). *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Leahy, R. L. y Dowd, E. T. (eds.) (2002). *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application.* Nueva York, NY: Springer Publishing Company.

Leahy, R. L. y Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders.* Nueva York, NY: Guilford Press.

Ledoux, J. E. (1996). *The emotional brain.* Nueva York: Simoons and Suster.

Ledoux, J. E. (2003). *Synaptic self: How our brains become who we are.* Londres: Penguin.

Lega, L. I., Caballo, V. E. y Allis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual.* Madrid: Siglo XXI de España.

Lehrer, P. M. y Woolfolk, R. L. (1985). «The relaxation response». En R. M. Turner y L. M. Ascher (eds.), *Evaluating behavior therapy outcome.* Nueva York: Springer.

Lehrer, P. M. y Carr, R. (1997). «Progressive relaxation». En W. T. Roth e I. D. Yalom (eds.), *Treating the anxiety disorders.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lehrer, P. M. y Woolfolk, R. L. (eds.) (1993). *Principles and practice of stress management.* Nueva York: Guilford.

Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L. y Goldman, N. (1986). «Progressive relaxation then and now: Does change always mean progress?». En R. J. Davidson, G. E. Schwartz y D. Shapiro (eds.), *Consciousness and self-regulation. Advances in research and theory,* vol. 4. Nueva York: Plenum Press.

Leins, U., Goth, G., Hinterberger, T., Klinger, C., Rumpf, N. y Strehl, U. (2007). «Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP and Theta/Beta protocols». *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 32,* 73-88.

Lester, D. (1982). «The treatment of exhibitionists». *Corrective & Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology, 20,* 4-8.

Levy, D. T. P. (2001). «Some methods are more effective than others for helping people quit smoking». *Evidence-Based Healthcare, 5* (2), 36.

Liberman, R. P. (2007). «Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled». *Journal of Mental Health, 16,* 595-623.

Liberman, R. P., Derisi, W. J. y Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients.* Nueva York: Pergamon Press.

Lichstein, K. L. (1988). *Clinical relaxation strategies.* Nueva York: Wiley.

Lichtenstein, E., Harris, D., Birchler, G., Wahl, J. y Schmahl, D. (1973). «Comparison of rapid smoking, warm, smoky air and attention placebo in the modification of smoking behaviour». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40,* 92-98.

Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* Nueva York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* Nueva York: Wiley.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* Nueva York: Guilford Press.

Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991). «A cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients». *Archives of General Psychiatry, 48,* 1060-1064.

Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). «Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder». *Drug and Alcohol Dependence, 67,* 13-26.

Llavero, F. y Conde, V. (1970). *Tratamientos médico-psiquiátricos.* Madrid: Liade.

Llavona, L. (1984). «El proceso de evaluación conductual». En J. Mayor y F. J. Labrador (eds.), *Manual de modificación de conducta.* Madrid: Alhambra.

Llavona, L., Carrasco, I. y Carrasco, M. J. (1977). *Pauta de entrevista general.* Madrid: IAMCO.

Locke, E. A. y Latham, G. P. (1985). «The application of goal setting to sports». *Journal of Sport Psychology, 7,* 205-222.

López, A. y Muñoz, M. (1995). «Valoración de programas y rehabilitación psicosocial». En A. Rodríguez (ed.), *Rehabilitación psicosocial.* Madrid: Pirámide.

López-Muñoz, F. y Álamo, C. (1998). *Historia de la Neuropsicofarmacología.* Madrid: Ediciones Eurobook.

López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2007). *Historia de la psicofarmacología,* 3 vols. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

LoPiccolo, J. y Lobitz, W. C. (1978). «The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction». En J. LoPiccolo y L. LoPiccolo (eds.), *Handbook of Sex Therapy,* pp. 187-194. Nueva York: Plenum Press.

Lovaas, O. I. (1980). *El niño autista.* Madrid: Debate.

Lovaas, O. I. (1990). *La enseñanza de niños con trastornos del desarrollo.* Barcelona: Martínez Roca.

Lovett, S. y Gallagher, D. (1988). «Psycoeducational interventions for family caregivers: Preliminary efficacy data». *Behavior Therapy, 19,* 321-330.

Lozano, J. F., Rubio, E. y Pérez, M. A. (1999). «Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos». *Psicología Conductual, 7* (3), 471-499.

Luria, A. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior.* Nueva York: Liveright.

Lutzker, J. R. (1978). «Reducing self-injurious behavior by facial screening». *American J. of Mental Deficiency, 82,* 510-513.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. y Linehan, M. M. (2006). «Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations». *Journal of Clinical Psychology, 62,* 459-480.

Lynn, S. J. y Kirsch, I. (2005). «Teorías de hypnosis». *Papeles del Psicólogo, 89,* 9-15.

Maag, J. W. (2006). «Social skills training for students with emotional and behavioral disorders: A review of reviews». *Behavioral Disorders, 32,* 5-17.

Mace, F. C. y Kratochwill, T. R. (1989). «Self-Monitoring». En J. C. Witt, S. N. Elliot y F. M. Grehams, *Handbook of behavior therapy in education.* Nueva York: Plenum Press.

Macià, D. y Méndez, F. X. (1988). «La perspectiva conductual en psicología clínica». En D. Macià y F. X. Méndez (eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos.* Madrid: Pirámide.

Macià, D. y Méndez, X. (1988). «Evaluación y modificacion de conducta de un caso de exhibicionismo mediante sensibilización encubierta sin relajación». En D. Macià Anton y F. X. Méndez Carrillo (comps.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta.* Madrid: Pirámide.

Mager, R. F. (1972). *Goal Analysis.* Belmont, CA: Fearon Publishers (trad. cast., Trillas, 1973).

Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modifcation.* Cambridge: Ballinger.

Maletzky, B. M. y Steinhauser, C. (2003). «Olfactory aversion and its mechanism of action represents an excellent summary of this useful technique». *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment, 15* (3), 215-217.

Maletzky, B. M. (1985). «Orgasmic reconditioning». En A. S. Bellack y M. Hersen (eds.), *Dictionary of behavior therapy techniques.* Nueva York: Pergamon Press.

Malott, R. W. (1989). «The achievement of evasive goals: Control by rules describing contingencies that are not directing acting». En S. C. Hayes (ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control,* pp. 269-322. Nueva York: Plenum.

Malouff, J. M., Thorstinson, E. B. y Schutte, N. S. (2007). «The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis». *Clinical Psychology Review, 27,* 46-57.

Mandell, A. J. y Mandell, M. P. (1977). *Psicoquímica humana.* Barcelona: Fontanella.

Marks, I. (1975). «Behavioral treatment of phobic and obssessive compulsive disorders: a critical appraisal». En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.), *Progress in behavior modification,* vol. 1. Nueva York: Academic Press.

Marks, I. (1986). *Tratamiento de la neurosis. Teoría y práctica de la psicoterapia conductual.* Barcelona: Martínez Roca (original, 1981).

Marks, I. (1987). *Fears, Phobias and Rituals Isaac Marks.* Londres: Oxford University Press.

Marks, I. (1989). *Miedos, fobias y rituales. Pánicos, ansiedad y trastornos.* Barcelona: Martínez Roca (original, 1987).

Marks, I. (1991). *Miedos, fobias y rituales. 1. Los mecanismos de la ansiedad. 2. Clínica y tratamientos,* 2 volúmenes. Barcelona: Martínez Roca (original, 1987).

Marks, I. (1992). «Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico». En E. Echeburúa (ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad,* pp. 35-55. Madrid: Pirámide.

Marks, I. y O'Sullivan, G. (1992). «Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos». En E. Echeburúa (ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad,* pp. 97-114. Madrid: Pirámide.

Marlatt, G. A. (1985). «Relapse prevention: Theoretical rationale sand overview of the model». En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.), *Relapse prevention.* Nueva York: Guilford Press.

Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors,* 2.ª ed. Nueva York, NY: Guilford Press.

Marquis, J. N. (1991). «A report on seventyeight cases treated by eye movement desensitization». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22,* 187-192.

Marr, A. J. (2006). «Relaxation and muscular tension: a biobehavioristic explanation». *International Journal of Stress Management, 13,* 131-153.

Martín Asuero, A., García de la Banda, G. y Benito Oliver, E. (2005). «Reducción de estrés mediante atención plena: la técnica MBSR en la formación de los profesionales de la salud». *Análisis y Modificación de Conducta, 31,* 557-571.

Martin, G. (2003). *Sport psychology. Practical guidelines from behaviour analysis.* Winnipeg: Sport Science Press.

Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla.* Madrid: Prentice Hall.

Martin, G. y Pear, J. (1988). *Behavior modification. What it is and how to do it.* Nueva Jersey: Prentice Hall.

Martin, G. y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla.* Madrid: Pearson.
Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla.* Madrid: Pearson Educación.
Martínez, C., Castel, A., Capafons, A., Sala, J., Espejo, B. y Cardeña, E. (en prensa). «Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: A pilot study». *American Journal of Clinical Hypnosis.*
Martos, J. R. y Vila, J. (1984). «Estudio empírico sobre la validez y los modelos teóricos de la sensibilización encubierta: una alternativa desde el aprendizaje vicario». *Análisis y Modificación de Conducta, 10,* 315-330.
Mash, E. J. y Hunsley, J. (2004). «Behavioral assessment: Sometimes you get what you need». En M. Hersen (ed.), *Comprehensive handbook of psychological asessment. Vol. 3, Behavioral assesment.* Hoboken, NJ: Wiley.
Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy.* Boston: Little Brown (trad. cast., 1976).
Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. C. (1985). *Human Sexuality.* Boston: Little Brown (trad. cast., 1987).
Mathews, A. M., Gelder, M. y Johnston, D. W. (1985). *Agorafobia. Naturaleza y tratamiento.* Barcelona: Fontanella (original, 1981).
Matson, J. L. (1982). «Independence training versus modeling procedures for teaching phone conversation skills to the mentally retarded». *Behavior Research and Therapy, 20,* 505-511.
Mattick, R. P. y Peters, L. (1988). «Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 251-260.
Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J. y D'Zurilla, T. (2000). «Psychometric properties of the spanish adaptation of the social problem-solving inventory-revised (SPSI-R)». *Personality and Individual Differences, 29,* 699-708.
Mayer, J. A., Dubbert, P. M., Scott, R. R., Dawson, B. L., Ekstrand, M. L. y Fondren, T. G. (1987). «Breast examination: The effects of personalized prompts on practice frequency». *Behavior Therapy, 18,* 135-146.
Mayor, J. y Labrador, F. J. (eds.) (1984). *Manual de modificación de conducta.* Madrid: Alambra.
McClure, J. B. P. (2001). «Are biomarkers a useful aid in smoking cessation? A review and analysis of the literature». *Behavioral Medicine, 27* (1), 37-47.
McConachy, N., Baszczynski, A. P., Amstrong, M. S. y Kidson, W. (1989). «Resistence to treatment of adolescent sex offenders». *Archives of Sexual Behavior, 18,* 97-107.
McGuigan, F. J. (1978). *Cognitive psychophysiology. Principles of covert behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1981). *Thoughts & feeling. The art of cognitive stress intervention.* New Harbinger Publications (*Técnicas cognitivas para el tratamiento del stress.* Barcelona: Martínez Roca, 1985).
McKinney, R. y Fielder, S. (2004). «Schizophrenia: Some recent advances and implications for behavioural intervention». *The Behavioural Therapist, 27,* 122-125.
McLean, P. D. y Woody, S. R. (2001). *Anxiety disorders in adults: An evidence-based approach to psychological treatment.* Nueva York, NY: Oxford University Press.
McNally, R. J. (2002). «Anxiety sensibility and panic disorder». *Biological Psychiatry, 52,* 938-946.
Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* Nueva York: Plenum Press.
Meichenbaum, D. (1985). «Self instructions training». En A. S. Bellack y M. Versen (comps.), *Dictionary of behavior therapy thecniches.* Nueva York: Pergamon Press.
Meichenbaum, D. (1986). «Cognitive behavior modification». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change,* 3.ª ed. Nueva York: Pergamon.
Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach.* Nueva York: Plenum Press.
Meichenbaum, D. (1980). «Self-instructional methods». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change.* Nueva York: Pergamon (trad. cast., Desclée de Brouwer, 1987).
Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training.* Nueva York: Pergamon Press.
Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés.* Barcelona: Martínez Roca (orig., Headington Hill Hall: Pergamon Books, 1985).
Meichenbaum, D. (1988). «Terapias cognitivas-conductuales». En S. J. Linn y J. P. Garske (eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos,* pp. 331-362. Bilbao: Desclée de Brower (orig., Columbus: Charles E. Merril, 1985).

Meichenbaum, D. (1997). «El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual». En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*, pp. 149-156. Barcelona: Paidós Ibérica.

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1972). *Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management.* Manuscrito no publicado, Universidad de Waterloo.

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983). «Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills». En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention*, pp. 115-154. Nueva York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. y Jaremko, M. E. (eds.) (1983). *Stress reduction and prevention.* Nueva York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. y Jaremko, M. E. (eds.) (2007). *Stress reduction and prevention.* Nueva York: Plenum Press.

Melaned, B. G. y Siegel, L. J. (1975). «Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modelling». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 511-521.

Méndez, X., Olivares, J. y Ortigosa, J. M. (1998). «Técnicas de modelado». En X. Olivares y E. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Méndez, F. X. (2003). *El niño miedoso.* Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (eds.) (2006). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares.* Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (eds.) (2006). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos.* Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Olivares, J. y Bermejo, R. (2001). «Características clínicas y tratamientos de los miedos, fobias y ansiedades específicas». En V. Caballo y M. A. Simón (eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente.* Madrid: Pirámide.

Mennuti, R. B., Freeman, A. y Christner, R. W. (eds.) (2006). *Cognitive-behavioral interventions in educational settings: A handbook for practice.* Nueva York, NY: Routledge.

Merrell, K. W. (2008). *Behavioral social, and emotional assessment of children and adolescents,* 3.ª ed. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eximan, E. J., Kubiszyn, T. W. y Reed, G. M. (2001). «Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues». *American Psychologist, 56* (2), 128-165.

Meyer, V. (1957). «The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles». *Journal of Abnormal Psychology, 55,* 261.

Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia.* Barcelona: Martínez Roca.

Migler, B. y Wolpe, J. (1967). «Automated self-desensitization. A case report». *Behavior Research and Therapy, 5,* 133-135.

Milgram, P., Takemura, H., Utsumi, A. y Kishino, F. (1994). «Augmented reality: a class of displays on the reality-virtuality continuum». En *Proceedings of Telemanipulator and Telepresence Technologies,* pp. 285-292, SPIE.

Miller, N. E. y Dicara, L. V. (1967). «Instrumental learning of heart rate changes in curarized rats: Shaping and specificity to discriminative stimulus». *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63,* 12-19.

Miller, W. R. y Dougher, M. J. (1989). «Covert sensitization: Alternative treatment procedures for alcoholism». *Behavioural. Psychotherapy, 17,* 203-229.

Mills, M. A. (2000). *Paradoxical interventions: Research of treatment efectiveness.* Eberly: West Virginia University Press.

Moix, J. (2006). «Las metáforas en la Psicología Cognitivo-Conductual». *Papeles del Psicólogo, 27* (2), 116-122.

Moix, J., Bassets, J., Caelles, R. M. (1998). «Efectividad de un audiovisual como preparación para la cirugía en pacientes pediátricos». *Cirugía Pediátrica, 11,* 25-29.

Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C., Tormo, M. P., Ramírez, I., Hernández, M. A., Sánchez, M., Fernández, M. C. y Vila, J. (1999). «Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS)». Adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada, 52* (1), 55-87.

Monderer, R. S., Harrison, D. M. y Haut, S. R. (2002). «Neurofeedback and epilepsy». *Epilepsy and Behavior, 3,* 214-218.

Montgomery, G. H. y Schnur, J. B. (2005). «Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica». *Papeles del Psicólogo, 89,* 3-8.

Moore, R. G. y Garland, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Chichester: Wiley.

Morris, R. J. (1986). «Fear reduction methods». En F. H. Kanfer y P. A. Goldstein (eds.), *Helping people change*. Nueva York: Pergamon Press (trad. cast., 1993).

Morris, R. J. y Suckerman, K. R. (1974). «Automated systematic desensitization: The importance of therapist warmth». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 244-250.

Mowrer, H. O. y Mowrer, M. W. (1938). «Enuresis: a method for its study and treatment». *American Journal of Orthopsychiatry, 8,* 436-459.

Mowrer, O. H. y Mowrer, W. M. (1938). «Enuresis: A method for its study and treatment». *American Journal of Orthopsychiatry, 8,* 436-459.

Mueser, K. T. (1997). «Tratamiento cognitivo conductual de la esquizofrenia». En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo/conductual de los trastornos psicológicos,* vol. 1. Madrid: Siglo XXI.

Mueser, K. T. y Bellack, A. S. (2007). «Social skills training: Alive and well?». *Journal of Mental Health, 16,* 549-552.

Muñoz, M. (1993). «Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Síntesis.

Muñoz, M. (2002). «El proceso de evaluación psicológica». En M. Muñoz, A. Roa, E. Pérez Santos, A. B. Santos-Olmo y A. de Vicente (eds.), *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.

Muñoz, M. y Larroy, C. (1995). «Inoculación de estrés». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* pp. 744-775. Madrid: Pirámide.

Muñoz, M., Roa, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo, A. B. y De Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.

Murphy, L. (1962). *The widening world of childhood*. Nueva York: Basic Books.

Nakajima, S. (2004). «Conditioned ethanol aversion in rats induced by voluntary wheel running, forced swimming, and electric shock: an implication for aversion therapy of alcoholism». *Integrative Physiological & Behavioral Science, 39* (2), 95-104.

Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (eds.) (2002). *A guide to treatments that work,* 2.ª ed. Nueva York: Oxford.

Nathan, P. E., Gorman, J. M. y Salkind, N. J. (1999). *Treating mental disorders: a guide to what works*. Oxford University Press (trad. cast., Alianza, 2002).

Nay, R. (1976). *Behavioral interventions*. Nueva York: Gardner.

Neferoff, C. y Schatzberg, A. (2006). *Tratado de psicofarmacología*. Barcelona: Masson.

Nelson-Gray, R. O. y Paulson, J. (2004). «Behavioral assessment and the *DSM* System». En M. Hersen (ed.), *Comprehensive handbook of psychological asessment. Vol. 3, Behavioral assesment*. Hoboken, NJ: Wiley.

Nestoriuc, Y. y Martin, A. (2007). «Efficacy of biofeedback for migraine: A meta-analysis». *Pain, 128,* 111-127.

Newman, F. L., Ciarlo, J. A. y Carpenter, D. (1999). «Guidelines for selecting psychological instruments for tratment planning and outcome assessment». En M. E. Maruish (ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: The.* A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery (1979/1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Cos, T. A. (2007). «Case formulation for the behavior and cognitive therapies: A Problem solving perspective». En T. Eells (ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation,* 2.ª ed. Nueva York: Guilford.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D'Zurilla, T. J. (2007). *Solving life's problems. A 5-step guide to enhanced well-being*. Nueva York: Springer Publishing.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. R. (2004). *Cognitive behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. Nueva York: Springer Publishing.

Nezu, A. M., Nezu, CH., Peacock, M. A. y Girdwood, C. P. (2004). «Case formulation in cognitive-behavior therapy». En M. Hersen (ed.), *Comprehensive handbook of psychological asessment. Vol. 3, Behavioral assesment*. Hoboken, NJ: Wiley.

Nicolosi, J., Byrd, A. D. y Potts, R. W. (2000). «Beliefs and practices of therapists who practice sexual reorientation Psychotherapy». *Psychological Reports, 86,* 689-702.

Nikopoulos, C. y Keenan, M. (2006). *Video modelling and behaviour analysis: A guide for teaching social skills to children with autism.* Londres, Inglaterra: Jessica Kingsley Publishers.

Nolan, R. P., Kamath, M. V., Floras, J. S., Stanley, J. M., Pang, C., Picton, P. y Young, Q. R. (2005). *American Heart Journal, 149,* 1137.e1-1137.e7.

Norcross, J. C., Prochaska, J. O. y Gallagher, K. M. (1989). «Clinical psychologists in the 1980s: II. Theory, research and practice». *The Clinical Psychologist, 42,* 45-53.

North, M. M. y North, S. M. (2002). «Virtual reality therapy». En M. Hersen y W. Sledge (eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy,* vol. II. Ámsterdam: Academic Press.

North, M. y North, S. M. (1994). «Virtual environments and psychological disorders». *Electronic Journal of Virtual Culture, 2,* 37-42.

Novaco, R. W. (1977). «A stress inoculation approach to anger management in the training of law enforcement officers». *American Journal of Community Psychology, 5,* 327-346.

O'Dell, S. L. (1991). «Producing video modeling therapies». En P. W. Dowrick (ed.), *Protocol guide to using video in the behavioral sciences.* Nueva York: Wiley.

O'Donohue, W. T. y Ferguson, K. E. (2004). «Learning and applied behavior analysis: foundations of behavioral assessment». En M. Hersen (ed.), *Comprehensive handbook of psychological asessment. Vol. 3. Behavioral assesment.* Hoboken, NJ: Wiley.

Obanion, D. R. y Whaley, D. L. (1981). *Behavioral contracting.* Nueva York: Springer.

Obrist, P. A. (1981). *Cardiovascular psychophysiology.* Nueva York: Plenum Press.

O'Donohue, W. T., Swingen, D. M., Dopke, C. A. y Regev, L. G. (1999). «Psychotherapy for Male Sexual Dysfunction: a review». *Clinical Psychology Review, 19,* 591-630.

Olafsdottir, M., Sjdn, P. y Westling, B. (1986). «Prevalence and prediction of chemotherapoy related anxiety, nausea and vomiting in cancer patients». *Behaviour Research and Therapy, 24,* 59-66.

Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Olivares, J. (ed.) (2005). *Protocolo para la intervención en adolescentes con fobia social.* Madrid: Pirámide.

Olivera, H. (2005). «Estudio de caso: Evaluación y tratamiento psicológico de una fobia específica al cáncer en un participante en consejo genético oncológico». *Psicooncología. Revista Interdisciplinar de Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología, 2* (2-3), 383-394.

Omer, H. (1981). «Paradoxical treatments: A unified concept». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 18,* 320-324.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10.* Ginebra: OMS.

Ortigosa, J., Méndez, F. y Quiles, M. (1996). «Preparación a la hospitalización infantil (II). Modelado filmado». *Psicología Conductual, 4,* 211-230.

Ory, *Research and clinical guidelines.* Nueva York: Wiley.

Öst, L. G. (1987). «Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies». *Behavior Research and Therapy, 25,* 397-409.

Öst, L. G. (1978). «Fading vs. Systematic desensitization in the treatment of snake and spider phobia». *Behaviour Research and Therapy, 16,* 379-389.

Öst, L. G. y Sterner, U. (1987). «A specific behavioral method for treatment of blood phobia». *Behaviour Research and Therapy, 25,* 25-29.

Osterhouse, R. A. (1981). «Desensibilización sistemática de grupo de la ansiedad de la prueba». En J. D. Krumboltz y C. E. Thoresen (eds.), *Métodos de consejo psicológico.* Bilbao: Desclée de Brower (original, 1976).

Othmer, E. y Othmer, S. C. (2006). *The clinical interview using DSM-IV-TR,* 2 vols. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Paivio, A. (1971). *Imagery and verbal processes.* Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H. y Molde, H. (2005). «Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis». *Addiction, 100* (10), 1412-1422.

Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia. Un manual de autoayuda paso a paso.* Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Pastor, C. y Sevillá, J. (2000). *Tratamiento psicológico de la fobia social. Un manual de autoayuda paso a paso.* Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Pastor, C. y Sevillá, J. (2002). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo. Un manual de autoayuda paso a paso.* Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Paul, G. L. (1969). «Behavior modification research». En C. M. Franks (ed.), *Behavior therapy: appraisal and status.* Nueva York: McGraw-Hill.

Paul, G. L. (1966). *Insight vs Desensitization in psychotherapy: an experiment in anxiety reduction.* Standford, CA: Standford University Press.

Paul, G. L. y Shannon, D. T. (1966). «Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups». *Journal of Abnormal Psychology, 71,* 123-135.

Pear, J. (1993). «Métodos operantes». En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Pear, J. J. y Crone-Todd, D. E. (1999). «Personalized system of instruction in cyberspace». *Journal of Applied Behavior Analysis, 32,* 205-209.

Pear, J. J. y Martin, T. L. (2004). «Making the most of PSI with computer technology». En D. J. Moran y R. W. Malott (eds.), *Evidence based educational methods.* San Diego: Elsevier.

Peñate, W., Pitti, C., Bethencourt, J. M., De la Fuente, J. y García, R. (2008). «The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive-behavioral therapy applied to patients with agoraphobia». *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8,* 5-22.

Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos.* Madrid: Editorial Universitas.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo, I. (eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 volúmenes: Adultos, Psicología de la Salud, Infancia y Adolescencia). Madrid: Pirámide.

Pérez Santos, E., Ausín, B. y Muñoz, M. (2006). «El informe psicológico clínico». En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos,* tomo II. Madrid: Pirámide.

Pérez Santos, E., Muñoz, M. y Ausín, B. (2003). «Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales)». *Papeles del Psicólogo, 86,* 48-60.

Perlini, A. H. y Spanos, N. (1991). «EEG alpha methodologies and hypnotizability: A critical review». *Psychophysiology, 28,* 511-530.

Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy.* Nueva York: Dell.

Perone, M., Galizio, M. y Baron, A. (1988). «The relevance of animal-based principles in the laboratory study of human operant conditioning». En G. Davey y C. Cullen (eds.), *Human operant conditioning and behavior modification,* pp. 59-86. Chichester: Wiley.

Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R. M., Marco, J. H., Alcañiz, M. y Quero, S. (1999). «Body image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment?». *Cyberpsychology & Behavior, 2* (2), 149-159.

Perry, M. A. y Furukawa, M. J. (1986). «Modeling methods». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change,* 3.ª ed. Nueva York: Pergamon.

Persons, J. B. y Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. En T. Eells (ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation,* 2.ª ed. Nueva York: Guilford.

Peterson, L., Farmer, J., Harbeck, C. y Chaney, J. (1990). «Preparing children for hospitalization and threaten medical procedures». En A. M. Gross y R. S. Drabman (eds.), *Handbook of clinical behavioral pediatrics.* Nueva York: Plenum.

Peveler, R. C. y Johnston, D. W. (1986). Subjective and cognitive effects of relaxation. *Behavior Research and Therapy, 24,* 413-419.

Pinkston, E. M., Links, N. L. y Young, R. N. (1988). *Home-based behavioral family treatment of the impaired elderly Behavior Therapy, 19,* 331-344.

Pino, A. del (2000). *Tratamientos psicológicos: una perspectiva conductual.* Santa Cruz de Tenerife: Resma.

Pope, K. S. (1987). «Preventing therapist-patient sexual intimacy therapy for a therapist at risk». *Journal of Professional Psychology Research and Practice, 18,* 821-828.

Posner, M. I. y Snider, C. R. (1975). «Attention and cognitive control». En R. L. Solso (ed.), *Information processing and cognition: The Loyola Symposium.* Hillsdale, NJ: LEA.

Preston, J. O., O'Neal, J. H. y Talaga, M. C. (2008). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapist,* 5.ª ed. New Harbinger Publications.

Puente, A. E. y McCaffrey, R. J. (1992). *Handbook of neuropsychological assessment: A biopsychosocial perspective.* Nueva York: Plenum Press.

Pull, C. B. (2005). «Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety disorders». *Current Opinion in Psychiatry, 18,* 7-14.

Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. y Carrigan, W. F. (1979). «Sexual preferences among incestuous and noninces-

tuous child molesters». *Behavior Therapy, 10,* 562-566.
Rachman, S. (1997). «The evolution of cognitive-behaviour therapy». En D. M. Clark y C. G. Fairburn (eds.), *Science and practice of cognitive-behaviour therapy,* pp. 3-24. Oxford: Oxford University Press.
Rachman, S. J. y De Silva, P. (1978). «Abnormal and normal obsessions». *Behaviour Research and Therapy, 16,* 233-238.
Rachman, S. y Teasdale, N. (1969). *Aversion Therapy and Behaviour Disorders.* Londres: Routledge & Kegan Paul.
Raich, R. M., Mora, M. y Soler, A. (1995). «A cognitive-behavioral approach to the treatment of body image disorder: A pilot study». *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 2,* 175-182.
Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B. y Bushnell, M. C. (1997). «Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex». *Science, 277,* 968-971.
Rakos, R. F. (1991). *Assertive behavior: theory, research, and training.* Nueva York: Routledge.
Ralk, W. M. (1983). «Treatment of exhibitionism in a 30 year old male by hipnotically assisted covert sensitization». *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 3,* 132-139.
Rangaswamy, K. (1987). «Treatment of voyeurism by behavior therapy». *Child Psychiatry Quarterly, 20,* 73-76.
Raz, A., Fan, J. y Posner, M. I. (2005). «Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain». *Proceedings of the National Academy of Science, 102,* 9978-9983.
Redish, A. D., Jensen, S., Johson, A. y Kurth-Nelson, R. (2007). «Reconciling reinforcement learning models with behavioural extinction and renewal: Implications for addiction, relapse and problem gambling». *Psychological Review, 114,* 784-805.
Redondo, J., Fraga, I., Padrón, I. y Comesaña, M. (2007). «The spanish adaptation of ANEW (affective norms for english words)». *Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 39* (3), 600-605.
Redondo, S., Roca, M. y Portero, P. (1986). «Aproximación conductual en un centro penitenciario de jóvenes: un sistema de fases progresivas». *Revista de Estudios Penitenciarios, 236,* 127-140.
Redondo, S., Roca, M., Pérez, E., Sánchez, A. y Deumal, E. (1900). «Diseño ambiental de una prisión de jóvenes: cinco años de evaluación». *Delincuencia/Delinquency, 2,* 331-357.
Rehm, L. P. (1985). «A self-management therapy program for depression». *International Journal of Mental Health, 13,* 34-53.
Reynolds, S. G. (1968). *A primer of operant conditioning.* Glenview, IL: Scout, Foresman and Company (traducción al castellano, México: Editorial Ciencia de la Conducta, 1973).
Rich, A. R. y Schroeder, H. E. (1976). «Research issues in assertiveness training». *Psychological Bulletin, 83,* 1081-1096.
Rimm, D. C. y Master, J. C. (1974). *Behavior therapy.* Nueva York: Academic.
Rimm, D. C. y Master, J. C. (1980). *Terapia de conducta.* México: Trillas.
Rimm, D. C. y Masters, J. C. (1974). *Behavior therapy: techniques and empirical findings.* Nueva York: Academic.
Roa, A. (2001). «Instrumentación en psicofisiología clínica». En M. A. Simón y E. Amenedo (eds.), *Manual de psicofisología clínica,* pp. 81-109. Madrid: Pirámide.
Robbins, T. W. y Everitt, B. J. (1995). «Arousal system and attention». En M. S. Gazzaniga (ed.), *The cognitive neurosciences.* Cambridge, MA: The MIT Pres.
Roca, E. y Roca, B. (1998). *Cómo tratar con éxito el pánico (con o sin agorafobia).* Madrid: ACDE Cooperación y Desarrollo.
Rodolfe, E. R., Kraft, W. y Reilley, R. P. (1990). «Etiology and treatment of dental anxiety phobia». *American Journal of Clinical Hypnosis, 33,* 22-28.
Rolider, A. y Van Houten, R. (1985). «Suppressing tantrum behavior in public places through the use of delayed punishment mediated by audio recordings». *Behavior Therapy, 16* (2), 181-194.
Rosenthal, T. L. y Steffeck, B. D. (1991). «Modeling methods». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change,* 4.ª ed. Nueva York: Pergamon Press.
Rosenthal, T. L. y Bandura, A. (1978). «Psychological modeling: theory and practice». En S. L. Garfield y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change,* 2.ª ed. Nueva York: Wiley.
Rosenthal, T. L. y Downs, A. (1985). «Cognitive aids in teaching and treating». *Advances in Behavior Research and Therapy, 7,* 1-53.
Rotatori, A. F., Switzky, H. N. y Fox, R. (1983). «Obesity in mentally retarded psychiatric and nonhandicapped individuals: A learning and biological disability». *Ad-*

vances in Learning and Behavioral Disabilities, 2, 135-179.

Rothbaum, B. O., Hodges, L., Ready, D., Graap, K. y Alarcón, R. D. (2001). «Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder». *Journal of Clinical Psychiatry*, *62,* 617-622.

Rottenberg, J., Ray, R. D. y Gross, J. J. (2007). «Emotion elicitation using films». En J. A. Coan y J. J. B. Allen (eds.), *Handbook of Emotion Elicitation and Assessment,* pp. 9-28. Oxford: Oxford University Press.

Routh, D. K. y Sanfilippo, M. D. (1991). «Helping children coping with painful medical procedures». En J. P. Bush y S. W. Harkins (eds.), *Children in pain.* Nueva York.

Ruiz, M. A. (1993). «Control del diálogo interno y autoinstrucciones». En F. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Ruiz, M. A. (1998). «Habilidades terapéuticas». En M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta,* vol. I, pp. 83-131. Madrid: Dykinson.

Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas.* Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Rush, A. J., First, M. B. y Blacker, D. (2008). *Handbook of Psychiatric Measures.* Washington: APA.

Rushall, B. S. (1988). «Covert modeling as a procedure for altering an elite-athlete's psychological state». *Sport Psychologist, 2,* 131-140.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1998). «Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure "in vivo" to the treatment of generalized social phobia». *Behavior Modification, 22,* 262-284.

Salazar, M., Peralta, C. y Pastor, J. (2005). *Tratado de Psicofarmacología.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Salkolvskis, P. M. y Kirk, J. (1999). «Obssesional disorders». En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kira y D. M. Clark (eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide.* Londres: Oxford University Press.

Salkovskis, P. M. y Westbrook, D. (1989). «Behaviour therapy and obsessional rumiations can failure into success?». *Behaviour Research and Therapy, 27,* 149-160.

Salmon (2001). «Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: a unifying theory». *Clinical Psychology Review,* 21 (1), 33-61.

Salzman, C. D., Paton, J. J., Belova, M. A. y Morrison, S. E. (2007). «Flexible neural representations of value in the primate brain». *Annals of the New York Academy of Sciences, 1121* (1), 336-354.

Samaniego, F. M. (1991). *Fábulas.* Madrid: Castalia (edición de Ernesto Jareño).

Sambrooks, J. E. y McCulloch, M. J. (1973). «A modification of the sexual orientation method and an automated technique for presentation and scoring». *Brit. J. of Social and clinical Psychology, 12,* 163-174.

Sandín, B. (2005). «El síndrome de fatiga crónica: Características psicológicas y terapia cognitivo-conductual». *Revista Española de Psicopatología y Psicología Clínica, 10* (1), pp. 85-94.

Santacreu, J. (1993). «El entrenamiento en autoinstrucciones». En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Sarafino, E. P. (2001). *Principles of behavior change: Understanding behavior modification techniques.* Nueva York: McGraw-Hill.

Sathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A. J. y Otto, M. W. (2006). «Exercise interventions for mental health. A quantitative and qualitative review». *Clinical Psychology: Science and Practice, 13* (2), 179-193.

Schneider, M. y Robin, A. (1981). *La técnica de la «Tortuga»: un método para el autocontrol de la conducta impulsiva.*

Schneiderman, N. y Pickering, T. (1986). «Cardiovascular measures of physiologic reactivity». En K. A. Matthews, S. H. Weiss, T. Detre, T. M. Dembroski, B. Falkner, S. B. Manuck y R. B. Williams (eds.), *Handbook of stress: reactivity and cardiovascular disease.* Nueva York: John Wiley & Sons.

Schroots, J. J. F. (1996). «Time: Concepts and perceptions». En J. E. Birren (ed.), *Encyclopedia of gerontology.* Nueva York: Pergamon Press.

Schulte, D., Kuenzel, R., Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992). «Tailor-made versus standarized therapy of phobic patients». *Advances in Behavior Research and Therapy, 14,* 67-92.

Schultz, J. H. (1932). *Das autogene training.* Leizip: Verlag (trad. cast., *El entrenamiento autógeno,* 12.ª ed. Barcelona: Científico-Médica, 1972).

Schultz, J. H. (1980). *Cuadernos de ejercicios para el entrenamiento autógeno.* Barcelona: Editorial Científico-Médica.

Schultz, J. H. y Luthe, W. (1959). *Autogenic training: a psychophysiologic approach to psychotherapy.* Nueva York: Grune y Stratton.

Schultz, W. (2006). «Behavioral theories and the neurophysiology of reward». *Annual Review of Psychology, 57,* 87-115.

Schwartz, G. E. (1977). «Biofeedback and the self-management of disregulation disorders». En R. B. Stuart (ed.), *Behavioral self-management, strategies, techniques and outcomes.* Nueva York: Brunner and Mazel.

Scott, J., Williams, M. G. y Beck, A. T. (2007). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook.* Londres: Taylor & Francis.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression.* Nueva York: Guilford.

Segraves, R. T. y Althof, S. (1998). «Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunction». En P. E. Nathan y J. M. Gorman (eds.), *A guide to treatments that work,* pp. 447-471. Nueva York: Oxford University Press.

Seime, R. J. y Vickers, K. S. (2006). «The challenges of treating depression with exercise. From the evidence to practice». *Clinical Psychology: Science and Practice, 13* (2), 198-202.

Seligman, M. E. P. (1970). «On the generality of the laws of learning». *Psicol. Rev. 77,* 406-418.

Semans, J. H. (1956). «Premature ejaculation: a new approach». *Southern Medical Journal, 49,* 353-358.

Sevillá, J. y Pastor, C. (2002). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo.* Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures.* Nueva York: Guilford Press.

Shapiro, S. L. y Schwartz, G. E. (1999). «Intentional systemic mindfulness: an integrative model for self-regulation and health». *Advances in Mind-Body Medicine, 15,* 128-134.

Shapiro, S. L. y Schwartz, G. E. (2000). «The role of intention in self-regulation: toward intentional systemic mindfulness». En M. Boekaerts, P. R. Pintrich y M. Zeidner (eds.), *Handbook of self-regulation,* pp. 253-273. Nueva York: Academic Press.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, B. (2006). «Mechanisms of mindfulness». *Journal of Clinical Psychology, 62,* 373-386.

Sharp, J. J. y Forman, S. G. (1985). «A comparison of two approaches to anxiety management for teachers». *Behavior Therapy, 16,* 370-383.

Sharpe, L. (1997). «Juego patológico». En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos,* vol. 1. Madrid: Siglo XXI.

Sheard, M. y Golby, J. (2006). «Effect of a psychological skills training program on swimming performance and positive psychological development». *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 4* (2), 149-169.

Shen, M. L., Johnson, K. L., Mays, D. C., Lipsky, J. J. y Naylor, S. (2001). «Determination of in vivo adducts of disulfiram with mitochondrial aldehyde dehydrogenase». *Biochemical Pharmacology, 61* (5), 537-545.

Sherrington, C. S. (1961). *Integrative action of the nervous system.* New Haven, CT: Yale University Press (original, 1906).

Shoham-Salomon, V., Ayner, R. y Neeman, R. (1989). «You're changed if you do and changed if you don't: mechanisms underlying paradoxical interventions». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 590-598.

Shura, M. D. y Spivack, G. (1978). *Problem solving technique in child rearing.* San Francisco: Jossey Bass.

Siegler, M. y Osmond, H. (1976). *Models of madness models of medicine.* Nueva York: MacMillan.

Silva, F. (1989). *Evaluación conductual y criterios psicométricos.* Madrid: Pirámide.

Silva, F. (1993). «La evaluación conductual: concepto y proceso». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.

Simone, S. S. y Long, M. A. (1985). «Marital cognitive behavioral treatment for cronic tension headache: A case study». *The Behavior Therapist, 8* (2), 36-37.

Siniatchkin, M., Hierundar, A., Kropp, P., Kuhnert, R., Gerber, W. D. y Stephani, U. (2000). «Self-regulation of slow cortical potentials in children with migraine: an exploratory study». *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 25,* 13-27.

Sipprelle, C. N. (1967). «Induced anxiety». *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 4,* 36-40.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis.* NY: Appleton Century Crofts. (*La conducta de los organismos.* Barcelona: Fontanella, 1975).

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* Nueva York: McMillan (trad. cast., Fontanella, 1970).

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* Nueva York: McMillan (trad. cast., Fontanella 1979).

Skinner, B. F. (1963). «Behariorism at fifty». *Science, 140,* 951-958.

Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement.* Nueva York: Appleton (trad. cast., *Contingencias de reforzamiento.* México: Trillas, 1979).

Smith, J. C. (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Smith, J. C. (1999). *ABC Relaxation training. A practical guide for health professionals.* Nueva York: Springer.

Smith, T. W. (2006). «Blood, sweat and tears: Exercise in the management of mental and physical health problems». *Clinical Psychology: Science and Practice, 13* (2), 198-2002.

Smits, J. A. J., Powers, M. B., Cho, Y. y Telch, M. J. (2005). «Mechanism of change in cognitive- behavioural treatment of panic disorders: evidence for the fear of fear mediational hypotesis». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 646-652.

Sokolov, E. N. (1963). *Perception and the conditioned reflex.* Oxford: Pergamon Press.

Sokolov, E. N. (1966). «Orienting reflex as information regulator». En A. Leontiev, A. Luria y A. Smirnov (eds.), *Psychological Research in the USSR,* vol. 1. Moscú: Progress Publishers.

Solving Inventory-R (SPSI-R). *Psicología Conductual, 9,* 373-387.

Sorensen, J., Hall, S. M., Loeb, P., Allen, T., Glaser, E. M. y Greenberg, P. D. (1989). «Dissemination of a job seeker'workshop to drug treatment programs». *Behavior Therapy, 19,* 143-155.

Sosa, C. D. y Capafons, J. I. (2005). *Tratando... fobias específicas.* Madrid: Pirámide.

Sosa, C. D. y Capafons, J. I. (2007). *Tratando fobias específicas,* 2.ª ed. Madrid: Pirámide.

Sosa, C. D., García-Bello, I., Prieto, P. y Capafons, J. I. (2004). *Valoración de un programa para el control del estrés en pacientes oncológicos.* Comunicación presentada en el VII Congreso Europeo y VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica. Málaga: 1 al 4 de abril.

Sosa, C. D., Díaz, T. y Capafons, J. (2005). «Tratamiento cognitivo-conductual de la fobia a viajar en avión: un programa destinado a fomentar su eficiencia». *Psicología Conductual, 13* (1), 97-110.

Spence, A. J. y Spence, S. H. (1980). «Cognitive changes associated with social skills training». *Behaviour Research and Therapy, 17,* 7-16.

Sperry, L. (2006). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders: Highly effective interventions for the most common personality disorders,* 2.ª ed. Nueva York, NY: Routledge.

Spiegel, H. y Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis,* 2.ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *The state-trait anxiety inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R. L. (2003). «Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation». *Archives of Sexual Behavior, 32* (5), pp. 403-417.

Staats, A. W. y Heady, E. M. «Paradigmatic behaviorism's theory of depression: unified, explanatory and heuristic». En S. Reiss y R. R. Botzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy.* Nueva York: Academic.

Stampel, T. G. (1967). «Implosive therapy: Part I: The theory». En S. G. Armitage (comp.), *Behavioral modification techniques in the treatment of emotional disorders.* Battle Creek, Michigan VA: Hospital Publications.

Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin, 133,* 65-94.

Stegagno, L. (1991). *Psicofisiologia II: Correlati fisiologici dei prodessi cognitivi e del comportamento.* Turín: Bollati Boringhieri.

Stephan, C., Stephano, W. y Talkington, L.W. (1973). «Use of modeling in survival social training with educable mentally retarded». *Training Schools Bulletin, 70,* 63-68.

Steptoe, A. (2007). «Psychophysiological contributions to behavioral medicine and psychosomatics». En J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary y G. G. Berntson (eds.), *The handbook of psychophysiology,* 3.ª ed., pp. 723-751. Cambridge: Cambridge University Press.

Sterling, P. (2003). «Principles of allostasis: Optimal design, predictive regulation, pathophysiology and rational therapeutics». En J. Schulkin (ed.), *Allostasis,*

homeostasis, and the costs of adaptation. Nueva York: MIT Press.

Stern, R. M., Ray, W. J. y Davis, C. M. (1980). *Psychophysiological recording*. Nueva York: Oxford University Press.

Sturgis, E. T. y Arena, J. G. (1984). «Psychopgysiological assessment». En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.), *Progress in Behavior Modification*, vol. 17. Nueva York: Academic Press.

Sudak, D. M. (2006). *Cognitive behavioral therapy for clinicians: Psychotherapy in clinical practice*. Filadelfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins Piblishers.

Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). «Anxiety management training: a nonspecific behavior therapy program for anxiety control». *Behavior Therapy, 2*, 498-510.

Suinn, R. M. (1993). *Entrenamiento en manejo de la ansiedad. Una terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer (orig., Nueva York: Plenum, 1990).

Suinn, R. M. y Deffenbacher, J. L. (1988). «Anxiety management training». *The Counseling Psychologist, 16*, 31-49.

Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). «Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control». *Behavior Therapy, 2*, 498-510.

Sullivan, M. y O'Leary, S. (1990). «Maintenance following reward and cost token programs». *Behavior Therapy, 21*, 139-149.

Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G. R. (1983). *Procedimientos del análisis conductual aplicado en niños y jóvenes*. México: Trillas (original, 1978).

Swan, G. E. y McDonald, M. L. (1978). «Behavior therapy in practice: A national survey of behavior therapist». *Behavior Therapy, 9*, 799-807.

Swartz, P. (1988). «Contributions to the history of psychology: XLVII. Ignatius Loyola and behavior therapy». *Perceptual and Motor Skills, 66*, 617-618.

Tacon, A. M., Caldera, Y. M. y Ronaghan, C. (2004). «Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer». *Families Systems & Health, 22*, 193-203.

Tanaka-Matsumi, J., Seiden, D. Y. y Lam, K. N. (1996). «The culturally informed functional assessment (CIFA)». *Cognitive and Behavioral Practice, 3*, 215-233.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F. y Boone, A. L. (2004). «High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades and interpersonal success». *Journal of Personality, 72*, 271-322.

Tarrier, N. (ed.) (2006). *Case formulation in cognitive behavior therapy: The treatment of challenging and complex cases*. Nueva York, NY: Routledge.

Taylor, R. R. (2006). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. Nueva York, NY: Springer Science + Business Media.

Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.

Teasdale, J., More, R. Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. (2002). «Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 275-287.

Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M. A. (2000). «Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.

Terrace, H. S. (1971). *Awaraness as viewed by conventional and by radical behaviorism*. Ponencia presentada en la reunión de la American Psychological Association. Washington.

Thoresen, C. E. y Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston (trad. cast., Fondo de Cultura Económica, 1981).

Tondo, T. R., Lane, J. R. y Gill, K. (1975). «Suppresion of specific eating behaviors by covert response cost: An experimental analysis». *Psychological Record, 25*, 187-196.

Toneatto, T. y Ladouceur, R. (2003). «Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature». *Psychology of Addictive Behaviors, 17* (4), 284-292.

Tori, C. D. (1978). «A smoking saciation procedure with reduced medical risk». *Journal of Clinical Psychology, 34*, 574-577.

Trianes, M. V., Muñoz, A. M. y Jiménez, M. (2006). *Competencia social: su educación y tratamiento*, 4.ª ed. Madrid: Pirámide.

Trianes, M. V., Muñoz, A. M. y Jiménez, M. (2007). *Las relaciones sociales en la infancia y en la adolescencia y sus problemas*. Madrid: Pirámide.

Tryon, W. W. (2005). «Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work». *Clinical Psychology Review, 25*, 67-95.

Turk, D. C. y Rudy, T. E. (1988). «Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 233-238.

Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine*. Nueva York: Guilford Press.

Turkai, I. D. y Adams, H. E. (1982). «Covert positive reinforcement and pain modification: A test of efficacy and theory». *Journal of Psychosomatic Research, 28,* 191-201.

Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1994). *Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*. Barcelona: Martínez Roca.

Turpin, G. (1989). *Handbook of clinical psychophysiology*. Chichester: John Wiley & Sons.

Turpin, G. y Siddle, D. A. T. (1983). «Effects of stimulus intensity on cardiovascualr activity». *Psychophysiology, 20* (6), 611-624.

Ulrich, R., Stachnik, T. y Mabry, J. (eds.) (1966). *Control of human behavior.* Glenview, Ill: Scott, Foresman (trad. cast., *Control de la conducta humana.* México: Trillas, 1972).

Upper, D. y Cautela, J. R. (1977). *Covert Conditioning*. Oxford: Pergamon Press (*Condicionamiento encubierto*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983).

Vallejo, M. A. y Díaz, M. I. (1993). «Técnicas de biofeedback». En M. A. Vallejo y M. A. Ruiz (eds.), *Manual práctico de modificación de conducta,* pp. 341-414. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Valles, A. (1988). *Modificación de la conducta problemática del alumno.* Alcoy: Marfil.

Van Egeren, L. F. (1971). «Psychophysiological aspects of systematic desensitization. Some outstanding sigues». *Behaviour Research and Therapy, 9,* 65-77.

Vázquez, C. y Muñoz, M. (2003). *Entrevista psicopatológica de adultos.* Madrid: Síntesis.

Vázquez, C. y Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica en Salud Mental.* Madrid: Síntesis.

Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2005). «Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor». En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (eds.), *Terapia psicológica. Casos prácticos.* Madrid: Pirámide.

Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración.* Madrid: Síntesis.

Vygotski, L. S. (1977). *Pensamiento y lenguaje.* Buenos Aires: Pléyades (orig., Nueva York: Wiley, 1972).

Vila Castellar, J. y Fernández-Santaella, M. C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental.* Madrid: Pirámide.

Vila, J. (2001). «Desarrollo histórico de la psicofisiología clínica». En M. A. Simón y E. Amedo (eds.), *Manual de psicofisiología clínica,* pp. 29-42. Madrid: Pirámide.

Voegtlin, W. L., Lemere, F., Broz, W. R. y O'Hollaren, P. (1942). «Conditioned reflex therapy of chronic alcoholism: A preliminary report on the value of reinforcement». *Quart. J. Stud. on Alcohol, 2,* 505-511.

Wade, T. C., Baker, T. B. y Hartmann, D. P. (1979). «Behavior therapists' self-reported views and practices». *The Behavioor Therapist, 2,* 3-6.

Wald, J. y Taylor, S. (2003). «Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia». *CyberPsychology and Behavior, 6,* 459-465.

Walker, C. E., Hedberg, A., Clement, P. W. y Wigght, L. (1981). *Clinical procedures for behavior therapy.* Londres: Prentice Hall.

Walker, H. M. y Buckley, N. K. (1976). *Técnicas de reforzamiento con fichas.* Barcelona: Martínez Roca (original, 1974).

Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson R., Mountford, V. y Russell, K. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide.* Nueva York, NY: Cambridge University Press.

Waters, W. F., Wiliamson, D. A., Bernard, B. A., Bloovin, D. C. y Faulsmch, M. E. (1987). «Test-retest reliability of psychophysiological assessment». *Behavior Research and Therapy, 25* (3), 213-221.

Watson, D. L. y Tharp, R. G. (2007). *Self directed Behavior. Self modification for personal adjustment.* Belmont, CA: Thompson-Wadsworth.

Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). «Conditioned emotional reactions». *Journal of Experimental Psychology, 3,* 1-14.

Wearden, J. H. (1988). «Some neglected problems in the analysis of human operant behavior». En G. Davey y C. Cullen (eds.), *Human operant conditioning and behavior modification,* pp. 197-224. Chichester: Wiley.

Webster-Stratton, C. (1987). *Parent and children: a 10 program videotape parent training series with manuals.* Eugene, OR: Castalia Press.

Webster-Stratton, C. (1989). «Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost-effective parent training programs for conduct problem children». *Behavior Therapy, 20,* 103-115.

Webster-stratton, C., Kolpacoff, M. y Hollinsworth, T. (1988). «Self-administered videotape therapy for fa-

milies with conduct-problem children: comparison with cost-effective treatments and a control group». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 558-566.

Weeks, G. R. (1991). *Promoting change trough paradoxical therapy.* Nueva York: Brunner/Mazel.

Weeks, G. R. y L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy. Theory and practice with individuals, couples and families.* Nueva York: Brunner/Mazel.

Wegner, D. (1994). «Ironic proceses of mental control». *Psychological Review, 101,* 34-52.

Wegner, D. (2002). *The illusion of conscious will.* Cambridge: MIT Press.

Weine, H. (1965). «Real and imagined cost effects upon human fixed-interval responding.». *Psychological Reports, 17,* 935-942.

Weiner, I. B. (2003). «The assessment process». En J. R. Graham y J. A. Naglieri (eds.), *Handbook of Psychology. Assessment Psychology.* Nueva York: Wiley & Sons.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide.* Chichester: Wiley.

Wenger, M. A. y Cullen, T. D. (1972). «Studies of autonomic balance in children and adults». En N. S. Greenfield y R. A. Sternbach (eds.), *Handbook of psychophysiology.* Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Wernick, R. L. (1983). «Stress inoculation in the management of clinical pain: Applications to burn pain». En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention,* pp. 191-217. Nueva York: Plenum Press.

Wesch, N., Law, B. y Hall, C. (2007). «The use of observational learning by athletes». *Journal of Sport Behavior, 30* (2), 219-231.

Whalen, R., Andersen, G. L., Laughner, H. M. y Mc Leughiln, S. (1989). «The training of a family medicine resident in the cognitive-behavioral treatment of obesity». *Journal of Obesity & Weight Regulation, 7,* 13-21.

White, C. A. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice.* Nueva York, NY: John Wiley & Sons.

White, J. R. y Freeman, A. S. (eds.) (2000). *Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations.* Washington, DC: American Psychological Association.

Whithhurst, G. (1978). «Observational learning». En A. C. Catania y T. A. Brigham (eds.), *Handbook of applied behavioral analysis: social and instructional processes.* Nueva York: Irvington.

Widiger, T. A. (1997). «Mental disorders as discrete clinical conditions: Dimensional versus categorical classification». En S. M. Turner y M. Hersen (eds.), *Adult psychopathology and diagnosis.* Nueva York: Wiley.

Wikinski, S. y Jufe, G. (2005). *El tratamiento farmacológico en psiquiatría.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Wilkins, W. (1971). «Desensitization: social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure». *Psychological Bulletin, 76,* 311-317.

Williams, E., Polster, D. y Grizzard, M. (2003). «What happens when therapists feel bored or anxious? A qualitative study of distracting self-awareness and therapists' management strategies». *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33* (1), 5-18.

Wilson, G. T. (1987). «Chemical aversion conditioning as a treatment of alcoholism: A re-analysis». *Behaviour Research and Therapy, 25,* 503-519.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores.* Madrid: Pirámide.

Wilson, T. (1986). «Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism: A reanalysis». *Behavior Research and Therapy, 25,* 503-516.

Wisocki, P. A. (1999). *Handbook of clinical behaviour therapy with elderly clients.* Nueva York: Kluver/Plenum.

Witkiewitz, K. A. y Marlatt, G. A. (eds.) (2007). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention.* San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

Wolery, N., Bailey, D. B. y Sugai, G. M. (1988). *Effective reaching: principles and procedures of applied behavior analysys with exceptional students.* MA: Allyn & Bacon.

Wolfe, D. A., Edwards, B., Manion, I. y Koverola, C. (1988). «Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: a preliminary investigation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 40-47.

Wolpe, J. y Lang, P. (1964). «A fear survey schedule for use in behavior therapy». *Behavior Research and Therapy, 2,* 27-30.

Wolpe, J. y Turkat, I. D. (1985). «Behavioral case formulation of clinical cases». En I. D. Turkat (ed.), *Behavioral Case Formulation.* Nueva York: Plenum Press.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, CA: Stanford University Press (*Psicoterapia por inhibición recíproca.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 1978).

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Standford, CA: Standford University Press.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy.* NY: Pergamon Press (2.ª edición, 1973) (*La práctica de la terapia de la conducta.* México: Trillas, 1977).

Wolpe, J. (1978). «Cognition and causation in human behavior and its therapy». *American Psychologist, 33,* 60-67.

Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy,* 4.ª ed. Nueva York: Pergamo.

Wolpe, J. y Abrams, J. (1991). «Post-traumatic stress disorder overcome by eye-movement desensitization: a case report». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22,* 39-43.

Woltersdorf, M. A. (1990). «Videotape self-modeling in the treatment of attention-deficit disorder». *Dissertation Abstract International, 50,* 7.

Woods, P. A., Higson, P. J. y Tanahill, M. M. (1984). «Token economy programmes with chronic psychiatric patients. The importance of direct measurement and objective evaluation for long term maintenance». *Behavior Research and Therapy, 22,* 41-51.

Woy, R. J. y Efran, J. S. (1972). «Systematic desensitization and expectancy in the treatment of speaking anxiety». *Behaviour Research and Therapy, 10,* 43-49.

Wright, J. H., Basco, M. R. y Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Wurtele, S. K., Marrs, S. R. y Miller-Perrin, C. L. (1987). «Practice makes perfect? The role of participant modeling in sexual abuse prevention programs». *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 599-602.

Yates, A. J. (1959). «The application of learning theory to the treatment of tics». *Journal of Abnormal and Social Psychology, 56,* 175-182.

Yates, A. J. (1970). *Behavior Therapy.* Nueva York: John Wiley (trad. cast., Editorial Trillas).

Zeaman, D. y Smith, R. W. (1965). «Review of some recent findings in human cardiac conditioning». En W. F. Prokasy (ed.), *Classical conditioning: A symposium.* Nueva York: Appleton Century Crofts.

Zgourides, G. D., Warren, R. y Englert, M. E. (1989). «Ephedrine-induced thermogenesis as an adjunct to cognitive-restructuing and covert conditioning: A proposal for treatment of obese individuals». *Perceptual and motor skills, 89,* 563-572.

TÍTULOS RELACIONADOS

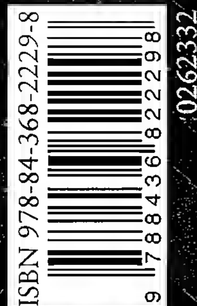
PSICOLOGÍA

EN POCO MÁS DE TREINTA AÑOS la psicología ha pasado de ser una *profesión del futuro* a ser una profesión con un gran presente. Hoy la actuación profesional de los psicólogos es demandada y valorada positivamente en campos tan dispares como el clínico, el laboral, el jurídico o el escolar. Los psicólogos tienen habilidades profesionales eficaces para mejorar las condiciones de vida de las personas, grupos u organizaciones. El desarrollo de la investigación y conocimientos de la psicología ha resultado, sin duda, muy importante, pero lo verdaderamente determinante ha sido disponer de habilidades o técnicas de intervención psicológica.

En esta obra se recopilan las técnicas de modificación de conducta. Estas técnicas se exponen de forma detallada, teniendo como referencia constante la evaluación empírica de su eficacia y una búsqueda sistemática de sus fundamentos científicos, a fin de que puedan servir como guía de actuación para expertos, ya que su objetivo fundamental es ser útil al psicólogo profesional. El libro está organizado en tres partes. La primera se centra en el proceso y procedimientos de evaluación. La segunda expone, de forma pormenorizada y orientada a la práctica, las principales técnicas de modificación de conducta. La tercera y última parte incluye, bajo el epígrafe «Ayudas a la intervención psicológica», seis capítulos que servirán para la aplicación profesional de dichas técnicas.

Dirigida a los profesionales de la psicología, en especial a los que trabajan en el ámbito de la psicología aplicada, también puede resultar de utilidad a los estudiantes de los últimos cursos de carrera, facilitándoles el aprendizaje de los procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos. Además, puede servir de ayuda para aquellos que tengan que trabajar en contacto directo con personas o aquellos que tienen responsabilidades en tareas de dirección o gestión.

Los autores son destacados profesores universitarios y prestigiosos psicólogos que se han caracterizado por sus aportaciones en las técnicas de modificación de conducta a lo largo de la relativamente corta historia de estas técnicas en España. El director de la obra, Francisco Javier Labrador, es catedrático de Modificación de Conducta de la Universidad Complutense de Madrid.


ISBN 978-84-368-2229-8
9 788436 822298
0262332

PIRÁMIDE
www.edicionespiramide.es